
COUNTWAY LIBRARY
HC 4DIZ D



Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

Herausgegeben
von
Dr. med. **Konrad Alt,**
Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Uchtspringe (Altmark).

Die Herausgabe dieser Sammlung wurde veranstaltet in der Überzeugung, dass gerade auf diesem Gebiete die derzeit prakticierenden Ärzte — mit Ausnahme vielleicht der allerjüngsten Generation — so gut wie gar keine Ausbildung genossen haben und sich an ein nachträgliches Fortbilden durch Privatstudium aus Furcht vor der vermeintlichen Schwerverständlichkeit dieses ihnen gänzlich fremden Wissenszweiges nicht einmal herantrauen.

Bei der allgemein anerkannten socialen Wichtigkeit dieses Specialfaches ist es aber von weittragendster Bedeutung, dass auch das Gros der praktischen Ärzte dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten Interesse entgegenbringt und seine, nach allgemeinem Geständniss, höchst mangelhaften Kentnisse erweitert.

Kommen doch gerade dem praktischen Arzte die Anfangsstadien und leichteren Formen nervöser und geistiger Erkrankung zur Beobachtung zu einer Zeit, in der durch rechtzeitiges Erkennen und dementsprechendes Eingreifen

eine Heilung ermöglicht, oder doch grösseres Unglück von dem Kranken und seinen Angehörigen abgewendet werden kann.

Jeder strebsame und gewissenhafte Arzt wird daher mit Freuden sein Wissen bereichern aus Abhandlungen, welche unter Berücksichtigung der somatischen Erkrankungen und nur allgemein medizinische Ausbildung voraussetzend, die einzelnen Gegenstände zusammenfassend behandeln.

Ist das Interesse und das Verständniss für diese Disciplin bei den praktischen Ärzten einmal nachhaltig wachgerufen, dann werden sie nicht nur rechtzeitig sachverständigen Rat und Beistand einholen, sondern auch durch Mittheilung ihrer wertvollen Beobachtungen am Krankenbett, die ätiologischen Kenntnisse über den Anschluss nervöser und psychischer Erkrankungen an somatische Leiden bereichern. Ueberhaupt wird das Bestreben, den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin anzuknüpfen und zu wahren, den Ursachen der Erkrankungen des Nervensystems in ihrer Beziehung zu Allgemeinerkrankungen und anderen Organerkrankungen nachzuforschen, dem Specialarzt sicherlich in wissenschaftlicher und therapeutischer Hinsicht förderlich sein.

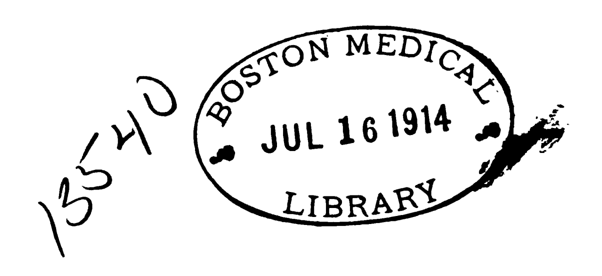
Das neue Unternehmen, welches durch die ständige Mitarbeiterschaft einer grossen Anzahl bekanntester Autoren aus dem Kreise der Neurologen und Psychiater, akademischer Lehrer, Anstalsleiter und praktischer Nervenärzte gewährleistet ist, bezweckt in diesem Sinne zu wirken, die Ergebnisse der Specialforschung auch dem praktischen Arzt zugänglich, verständlich und wissenswert zu machen und gleichzeitig das Interesse für den Zusammenhang der Nerven- und Geisteskrankheiten mit Allgemeinerkrankungen zu heben.

Die
Frühdiagnose
der
progressiven Paralyse

von

Dr. A. Hoche,
Privatdocenten der Psychiatrie und erstem Assistenten an der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Halle a. S.,
Verlag von Karl Marhold.
1896.



Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse

von

Dr. A. Hoche

Privatdocenten der Psychiatrie und erstem Assistenten an der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Die Erfahrung lehrt, dass die beginnende progressive Paralyse in der Mehrzahl der Fälle von den behandelnden praktischen Ärzten nicht erkannt wird. Man kann sagen, dass die meisten Paralytiker, wenn sie in Irrenkliniken oder Irrenanstalten zur Aufnahme gelangen, ein Stadium in der Dauer von Wochen, Monaten, oder noch längeren Zeiträumen hinter sich haben, in dem sie darum, weil nicht die richtige Diagnose oder überhaupt keine Diagnose gestellt wurde, zu ihrem eigenen Schaden und zum Schaden ihrer Familien derjenigen sachkundigen Berathung und Leitung entbehrten, die ihr bereits erkennbarer krankhafter Geisteszustand erfordert hätte. Von den Gründen dieses notorischen Mangels in den diagnostischen Fähigkeiten zahlreicher Ärzte wird der eine, allgemeinere — das geringe Maass der psychiatrischen Kenntnisse, der wenig entwickelte praktische Blick für krankhafte Geisteszustände überhaupt — zu schwinden anfangen erst nach einer Änderung der jetzt bestehenden medicinischen Unterrichts- und Prüfungs-Ordnung; der andere liegt in den wirklich vorhandenen besonderen Schwierigkeiten, denen die Frühdiagnose der progressiven Paralyse in manchen Fällen begegnet. Auch der Psychiater von Fach sieht sich nicht ganz selten genötigt, namentlich bei seinem ambulanten Krankenmaterial, die Diagnose: „progressive Paralyse“ mit einem Fragezeichen und dem inneren Vorbehalt einzutragen, dass erst wiederholte Untersuchungen und die Beobachtung

des weiteren Verlaufes die definitive Entscheidung bringen sollen. In solchen zweifelhaften Fällen wird man natürlich auch von dem Praktiker keine sichere Diagnose verlangen; wohl aber kann verlangt werden, dass der Hausarzt, der Kassenarzt, der Arzt in offiziellen Stellungen, so gut wie er die Indikation zur Tracheotomie oder zur Perforation des lebenden Kindes u. a. m. zu stellen wissen muss, ein Urteil auch darüber habe, welche Tragweite gewissen körperlichen und geistigen Veränderungen zukommt, die mit einer grossen Regelmässigkeit als bedenkliche Vorzeichen dem Ausbruche der unheilbaren Geistesstörung vorauszugehen pflegen. —

Freilich gehören dazu positive Kenntnisse. Die noch heute, auch von academischen Vertretern klinischer Disciplinen gelegentlich geäusserte Meinung, dass zur Entscheidung der Frage, ob Jemand geistesgesund sei, ob geisteskrank, der „gesunde Menschenverstand“ genüge, rächt sich in ihren Consequenzen hart an den Kranken im Frühstadium der progressiven Paralyse, die das Unglück haben, für ihre psychische Erkrankung nur an den „gesunden Menschenverstand“ ihres Arztes appellieren zu können.

Die zahlreichen Masken, unter denen die genannte Störung in ihrem Beginne auftreten kann, die Ähnlichkeit, welche häufig die Anfangsbilder der schweren organischen Erkrankung des Nervensystemes mit anderen relativ harmlosen funktionellen Affektionen aufweisen, machen es durchaus notwendig, genau diejenigen differentialdiagnostischen Merkmale zu kennen, die es dem Arzte fast ausnahmslos erlauben, die Diagnose wenigstens so früh zu stellen, dass dem Kranken und seinen Angehörigen schwere sociale Schädigungen erspart werden, und sie mit solcher subjectiven Sicherheit zu stellen, dass die Verantwortung für Anordnung eventuell einschneidender Maassnahmen (Entfernung aus Amt oder Geschäft, Verbringung in eine Anstalt, Antrag auf Entmündiguug u. s. w.) übernommen werden kann. —

Den heutigen Stand unseres Wissens über die Diagnose dieser praktisch wichtigsten frühen Stadien der progressiven Paralyse in knappster Kürze darzustellen, will ich in den folgenden Blättern versuchen.

Eingehende litterarische Hinweise, die bei dem Umfang des dabei in Betracht kommenden Materials einen ungebührlich grossen Raum einnehmen würden, lagen nicht in meinem Plane; auch in der Auswahl der zur Discussion kommenden Punkte wird Beschränkung geübt werden, für welche in erster Linie der praktische Gesichtspunkt maassgebend sein soll. —

Was verstehen wir unter „Frühdiagnose“ der progressiven Paralyse?

Um unsere Aufgabe in dieser Hinsicht umgrenzen zu können, müssen wir zunächst die Frage nach dem Wesen*) der progressiven Paralyse überhaupt kurz berühren.

Unter Einflüssen, deren Wirkungsweise wir im einzelnen nur unvollkommen kennen und über deren relative Häufigkeit die Meinungen noch auseinandergehn, (Syphilis, Kopftraumen, körperliche und geistige Excesse) entwickelt sich am häufigsten im mittleren Lebensalter, selten früher oder später, bei Männern 3—4 mal häufiger, als bei Frauen, in langsam progressiver oder sprunghafter Weise das klinische Krankheitsbild, dessen Hauptsymptom der bis zum Blödsinn fortschreitende, in allen etwa gleichzeitig vorhandenen psychischen Anomalien kenntliche Verfall der Verstandeskräfte darstellt. —

Dieser progressiven Entwickelung einer Demenz coordiniert treten zahlreiche motorische und sensible Reizungs- und Ausfallerscheinungen auf, in deren Verteilung auf fast alle Abschnitte des Nervensystemes der anatomische Charakter der Erkrankung zum Ausdruck kommt.

Die rascher oder langsamer verlaufende Krankheit ist für die praktische Betrachtung als unheilbar anzusehn und führt, von dem Zeitpunkte der Möglichkeit einer festen Diagnose an gerechnet, meist in wenigen Jahren zum Tode; die Gesamtdauer überschreitet im Durchschnitt meist die landläufig angegebenen „2—3 Jahre“. —

*) Die Definition der Krankheit, die der neueste Monograph derselben (v. Krafft-Ebing in Nothnagels specieller Pathologie und Therapie Bd. IX; II Theil; 1894 pag. 5) giebt, ist keineswegs als erschöpfend zu betrachten. —



Als anatomische Grundlage nehmen wir einen chronischen, wahrscheinlich primären Schwund der nervösen Elemente an, der sich in ungleichmässiger Weise auf den Schädelinhalt, das Rückenmark und die peripherischen Abschnitte des Nervensystemes verteilt. Der anatomische Process der progressiven Paralyse besitzt somit von allen bekannten organischen Erkrankungen des Nervensystemes die räumlich grösste Ausdehnung.

Aus der Verschiedenheit des Funktionswertes der vorzugsweise befallenen Abschnitte, aus dem zeitlich verschiedenen Auftreten des degenerativen Processes in diesen oder jenen Teilen und aus dem verschiedenen Tempo seines Fortschreitens erklärt sich die ausserordentliche Verschiedenheit der klinischen Bilder, welche namentlich die Anfangsstadien der Erkrankung zeigen. —

Dem constantesten klinischen Symptom, dem progressiven Schwachsinn, entspricht der constanteste anatomische Befund, der ausgedehnte Untergang von nervösen Bestandteilen der Grosshirnrinde. —

Dieser reine progressive Schwachsinn bleibt in manchen später noch zu nennenden Fällen bis zum Ende das hauptsächlich hervortretende psychische Symptom; in anderen Fällen begleiten ihn lebhafte Stimmungsanomalien im Sinne der gehobenen oder deprimierten Gemütslage in allen Abstufungen, gleichzeitig mit Vorstellungen entsprechenden Inhaltes (Grössenideen, hypochondrische und melancholische Wahnideen), öfters auch Sinnestäuschungen; oft kommt es zu beträchtlichen Steigerungen des Affektes in den sogenannten psychischen Erregungszuständen.

Als weiter zu nennende, der Mehrzahl der Fälle eigene, eventuell in allen Stadien der Krankheit auftretende episodische Ereignisse kennen wir die „paralytischen Anfälle“, die bei weitgehender Verschiedenheit im Einzelbild als gemeinsam aufweisen: anfallsweise einsetzende Trübungen des Bewusstseins, schwankend von den leichtesten eventuell unbemerkt bleibenden momentanen Absenzen oder

rasch vorübergehenden Anwandlungen von Schwindel bis zu schwerem Coma, mit oder ohne Convulsionen, häufig mit nachbleibenden aber meist ausgleichbaren motorischen und sensorischen Ausfallserscheinungen, fast immer gefolgt von einem weiteren Sinken des intellectuellen Niveaus.

Vielleicht gehören einzelne der vorhin genannten episodischen psychischen Erregungszustände aetiologisch zu diesen „Anfällen“, als deren anatomische Grundlage vorübergehende Circulationsstörungen im Gehirn oder kleine Blutungen, oder auch locale Beschleunigungen des Zerfalles nervöser Elemente angesehen werden.

Eine Combination von intellectuellen und rein motorischen Störungen stellen die paralytischen Veränderungen der Sprache und der Schrift dar; zu den rein motorischen gehören die mit Tremor und feineren oder gröberen Zuckungen einhergehenden Paresen der Muskulatur in Gesicht, Zunge, Schlund, Kehlkopf und Extremitäten.

Die Schwäche der letzteren tritt im Falle der Abhängigkeit von cerebralen Veränderungen in Form der einseitigen oder doppelseitigen Hemiparese auf; die auf krankhafte Vorgänge im Rückenmarke zu beziehenden motorischen Störungen der Extremitäten, vor Allem der Beine, zeigen mannigfaltigere Verhältnisse, die von der topographischen Verteilung des anatomischen Processes abhängen.

Es findet sich (Fürstner) in 62% der Fälle eine Erkrankung der Seitenstränge und der Hinterstränge, meist mit vorwiegender Beteiligung der ersteren; in 24% eine Erkrankung nur der Hinterstränge und in 14% eine solche nur in den Seitensträngen.

Dem entsprechend ist am wenigsten häufig der rein spastische Symptomencomplex in den unteren Extremitäten mit lebhaften Sehnenreflexen und Dorsalclonus, etwas häufiger die atactische Paraparese mit fehlenden Patellarsehnenreflexen, am häufigsten die meist mit Anfangs gesteigerten, dann fehlenden Reflexen einhergehende soge-

nannte paralytische Gehstörung, die sich aus Parese und Störungen der Coordination zusammensetzt, und bei deren Entstehung auch cerebrale Einflüsse mitwirken können. —

Circumscripte einfache oder degenerative Muskelatrophie, namentlich an den oberen Extremitäten, kann spinalen oder peripherischen Ursprunges sein. Localisierte sensible Ausfallserscheinungen an den Beinen und eventuell heftige Schmerzen sind eine Folge der Erkrankung der hinteren Wurzeln des Rückenmarkes und der Hinterstränge; allgemeine Anaesthesie oder häufiger Analgesie ist psychisch bedingt und zwar durch mangelnde Apperception (Verlust der Fähigkeit der Aufmerksamkeit). Dem gleichen Mangel verdanken Störungen von Blase und Mastdarm ihre Entstehung in den Fällen, in denen diese Anomalien nicht spinalen Ursprungs sind.

Die Bedeutung der Störungen der Innervation der Pupillen, namentlich der fehlenden Lichtreaction liegt darin, dass in ihnen bei dem complicierten dabei wirksamen Mechanismus schon früh relativ geringe, sonst kaum kenntliche centrale Leitungsunterbrechungen (durch degenerative Processe) äusserlich bemerkbar werden. Für den spinalen pathologischen Process besitzen wir das entsprechende feine Reagens in dem Verhalten der Patellarsehnenreflexe, bei deren Veränderungen allerdings ebenfalls der Einfluss cerebraler Störungen im Spiele sein kann. —

Die Diagnose eines ausgebildeten Falles von progressiver Paralyse, bei dem mehrere oder die Mehrzahl der eben genannten Symptome vorhanden sind, ist äusserst leicht zu stellen und kann nur bei gröblicher Unwissenheit oder nachlässiger Untersuchung verfehlt werden; diesem wohlcharacterisierten Zustandsbilde geht aber gewöhnlich ein weniger klares Prodromalstadium voraus, dessen Dauer 1—3, eventuell noch mehr Jahre rückwärts reichen kann; ja, wir haben Grund zu der Annahme, dass die Anfänge des anatomischen Processes in langsamer schleichender Weise Jahre lang bestehen können, ohne dass überhaupt

irgend welche greifbaren Symptome den diagnostischen Bemühungen eine bestimmte Richtung anweisen.

Diesem Prodromalstadium gehören nun diagnostisch sehr verschiedenwertige Symptome an. Wir kennen solche, die erst nachträglich, wenn das volle Krankheitsbild sich entwickelt hat, ihre Deutung als paralytische Frühsymptome gewinnen, aus denen allein früher die Diagnose nicht zu stellen gewesen wäre; wir kennen andere, im wahren Sinne „prämonitorische“ (Sander), die vor dem nachweisbaren Beginn des paralytischen Schwachsinns durch ihr Vorhandensein überhaupt, oder durch die Thatsache ihres erstens Auftretens im bestimmten Lebensalter oder gewisse andere später zu streifende Combinationen hohen frühdiagnostischen und damit prognostischen Wert erhalten; wir kennen endlich solche, die in gleicher Weise dem Prodromalstadium, wie dem Stadium der vollen Entwicklung des Krankheitsbildes angehören, deren Vorhandensein die Grenze beider als eine willkürliche erscheinen lässt. —

Gegenstand der Behandlung an dieser Stelle werden die dem Prodromalstadium der progressiven Paralyse im weitesten Sinne angehörenden Symptome bilden; für den Psychiater von Fach wird daher die Darstellung den Rahmen der „Frühdiagnose“ zu überschreiten scheinen; für die durchschnittlichen Verhältnisse der allgemeinen ärztlichen Praxis ist aber nach unsern heutigen Erfahrungen eine richtige Diagnose auf progressive Paralyse, die überhaupt noch im Prodromalstadium gestellt wird, in der Regel eine sehr frühe Diagnose. —

Es wird sich empfehlen, in der Darstellung zuerst in eine Würdigung der einzelnen Frühsymptome einzutreten und daran eine differentialdiagnostische Besprechung der erfahrungsgemäss häufigsten Zustandsbilder anzuschliessen, in denen die beginnende progressive Paralyse dem Arzte entgegenzutreten pflegt.

Den Schluss mögen dann einige kurze Bemerkungen über die Bedeutung und die Consequenzen der Frühdiagnose bilden. —

Die allerfrühesten Zeichen, die bis zu 10 Jahren dem Beginn der abnormen psychischen Erscheinungen vorausgehen können, sind solche, die auch dem Symptomencomplex der Tabes angehören, von denen als die wichtigsten gelten: reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, lancinierende Schmerzen, Opticusatrophie; es entsteht dadurch die Frage, ob es sich in diesen Fällen nicht einfach um eine Tabes handelt, in deren Verlaufe eine progressive Paralyse zur Entwickelung gelangt.

Es ist damit die allgemeinere Frage nach dem Verhältniss von Tabes und progressiver Paralyse überhaupt angeschnitten, und es ist notwendig, um spätere Unklarheiten und Wiederholungen zu vermeiden, schon hier den Standpunkt kurz zu motivieren. den wir in der Frage einnehmen wollen.

Die Mehrzahl der Irrenärzte sieht in der progressiven Paralyse eine selbstständige Erkrankung, die sich in einem gewissen Bruchteil der Fälle bei bereits tabisch erkrankten Individuen entwickelt, und bei der in einem weiteren Bruchteil, ohne dass das typische klinische Bild der Tabes vorhanden zu sein braucht, der anatomische Process im Rückenmarke eine mit der tabischen mehr oder weniger identische Verteilung aufweist; der Rest der Fälle, die Mehrzahl, unter denen sich neben anderen auch die mit rein spastischen Erscheinungen einhergehenden finden, hat nach dieser Ansicht mit Tabes nichts zu thun, trotz einzelner gemeinsamer organisch-nervöser Symptome wie z. B. der reflectorischen Pupillenstarre.

Im Gegensatz zu dieser Anschauung steht eine andere Lehre, die in Frankreich und Deutschland eine, wie

es scheint, neuerdings wachsende Zahl von Anhängern gewonnen hat, dass nämlich der Tabes und der progressiven Paralyse neben der gemeinsamen und zwar ausschliesslichen Ätiologie der vorausgehenden syphilitischen Infektion ein identischer krankhafter Process zu Grunde liege, der nur je nach seiner Localisation mehr das eine oder das andere Krankheitsbild oder beide combiniert in die Erscheinung treten lasse, dass also gewissermassen jede Tabes eine unvollständig entwickelte progressive Paralyse, oder die progressive Paralyse eine der möglichen Verlaufsarten der Tabes darstelle. —

Ein exacter Beweis lässt sich zur Zeit für die Richigkeit der einen und der anderen Auffassung nicht führen; die zweitgenannte würde freilich, alle ihre Voraussetzungen, namentlich die über die Ätiologie, als richtig angenommen, das classificatorische Bedürfniss mehr befriedigen und in theoretischer Hinsicht eine Vereinfachung bedeuten; die unbefangene Würdigung der vorliegenden Thatsachen, namentlich die Berücksichtigung des klinischen Verlaufes giebt ihr aber keine genügende Stütze, um für praktische Zwecke die Identificierung von Tabes und progressiver Paralyse zu rechtfertigen; die complicierten wirklichen Verhältnisse finden in der Identitätslehre nicht ohne Zwang ihre Erklärung.

An thatsächlichem Material liegen zu dieser Frage folgende Erfahrungen vor:

Der Tabes und der progressiven Paralyse gemeinsam sind ätiologische Beziehungen zur Syphilis; über die Häufigkeit derselben bestehen Meinungsverschiedenheiten.

Beiden gemeinsam ist des weiteren der wahrscheinlich primäre Schwund der nervösen Elemente.

In einer gewissen Zahl von Tabesfällen entwickelt sich im weiteren Verlaufe progressive Paralyse, die aber durch Langsamkeit des Fortschreitens und, im psychologischen Bilde, durch Vorwiegen der einfachen, unkomplicierten progressiven Demenz eine Sonderstellung einzunehmen pflegt.

Von den von vorneherein als progressive Paralyse diagnosticierbaren Fällen zeigt ein gewisser Bruchteil eine

Affektion der Hinterstränge des Rückenmarkes; die Frage ist eine offene, ob dieselbe in topographischer Hinsicht mit der typischen Hinterstrangdegeneration der Tabes identisch ist.

Die sonstigen bei der progressiven Paralyse vorhandenen degenerativen Rückenmarksprocesse (Erkrankung in den Seitensträngen) finden sich nicht in einfachen Tabes-Fällen; ihre Abhängigkeit von cerebralen Einflüssen (in irgend einer Form der sekundären Degeneration) ist nicht erwiesen.

Es giebt eine grosse Anzahl von Fällen von progressiver Paralyse, die anatomisch und klinisch in den spinalen Erscheinungen mit Tabes nicht die geringste Ähnlichkeit besitzen.

In alten Fällen von Tabes entwickeln sich nicht allzu selten psychische Störungen, die nicht zur progressiven Paralyse gehören: einfache mässige Demenz oder namentlich hypochondrische Paranoia.

Diese Thatsachen nötigen uns, bei Ignorierung aller theoretisch möglichen Anschauungsweisen, uns in praktisch diagnostischer wie namentlich in prognostischer Hinsicht auf die Formulierung zu beschränken, dass wir es bei Tabes und progressiver Paralyse mit zwei verschiedenen Krankheitsformen zu thun haben, die allerdings zahlreiche prinzipielle Berührungspunkte besitzen und in einer Reihe von Fällen in denselben Individuen coincidieren. —

Für unsere Zwecke ist daher der Wert der frühen, dem tabischen Symptomencomplex angehörenden Zeichen der progressiven Paralyse dahin zu formulieren: die sogenannten classischen initialen Tabes-Symptome — reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, lancinierende Schmerzen, Opticusatrophie — können zugleich die Frühsymptome einer späteren progressiven Paralyse sein; der Verdacht auf letztere hat aber erst dann Berechtigung, wenn sich eines oder mehrere der später ausführlicher zu behandelnden allgemeineren cerebralen Symptome — namentlich also Charakteränderung, Abnahme der Intelligenz, Sprachstörung, Anfälle — hinzugesellen. —

Nach diesen Vorbemerkungen mögen nun die einzelnen Frühsymptome kurz besprochen werden. —

Ihrer Wichtigkeit und Häufigkeit nach müssen hier die Störungen von Seiten der Pupillen an erster Stelle genannt werden.

Sie finden sich in mehr als der Hälfte der Fälle von progressiver Paralyse, oft schon viele Jahre vor dem ersten Auftreten der psychischen Symptome, und zwar auch in Fällen, die später in ihrer Rückenmarkserkrankung nicht den Hinterstrangtypus zeigen.

Bei fast keinem Symptom kommt es in dem Maasse, wie bei der Prüfung des Verhaltens der Pupillen, auf eine richtige Technik der Untersuchung an; bei fast keinem wird gegen die einfachsten Regeln so häufig gefehlt.

Wir beachten an den Pupillen bei der Untersuchung zunächst die absolute Weite.

An die Möglichkeit einer abgelaufenen Iritis, an eventuell vorausgegangene Einwirkung von Atropin, Opiaten oder Eserin ist zu denken.

Im allgemeinen ist die Pupillenweite grösser bei Kindern und Frauen, sowie bei anämischen, sensiblen, nervösen Individuen; sie nimmt ab mit zunehmendem Alter.

Sehr enge Pupillen bei gleicher Weite finden sich als Frühsymptom der progressiven Paralyse in Verbindung mit der nachher zu besprechenden reflektorischen Pupillenstarre; sehr weite und gleichzeitig starre Pupillen kommen als Frühsymptom kaum vor. —

Bei Beurteilung der Pupillenweite ist eine mittlere Stärke diffusen Lichtes die notwendige Voraussetzung, vor allem aber eine für beide Augen symmetrische Lage der Lichtquelle (Fenster).

Das gleiche gilt als Voraussetzung bei der Feststellung von Differenzen in der Pupillenweite; bei seitlicher Fensterbeleuchtung z. B., bei der sich das eine Auge im Schatten der Nase befindet, zeigen ganz gesunde Menschen Pupillendifferenz.

Selbst eine bei symmetrischer Beleuchtung vorhandene leichte Pupillendifferenz ist, bei erhaltener Lichtreaktion nicht immer im Sinne eines Kennzeichens einer organischen Affektion verwertbar; sie findet sich nicht allzuselten allein oder zusammen mit anderen kongenitalen Asymmetrien als eines der sogenannten Degenerationszeichen und besitzt nicht mehr Bedeutung, als diesen, bei allem theoretischen Interesse, im gegebenen einzelnen Falle überhaupt zukommt.

Sie findet sich weiter, ebenfalls ohne Verlust der Lichtreaktion, und als flüchtige, in der Intensität oder auch zwischen rechts und links wechselnde Erscheinung bei funktionellen Erkrankungen z. B. bei Migräne, Epilepsie, bei nervösen Folgezuständen nach Unfallverletzungen, bei einfachen Psychosen. — Das Verhalten der absoluten Pupillenweite und die Pupillendifferenz bei erhaltener Lichtreaktion stehen überhaupt an diagnostischer Bedeutung weit zurück hinter dem Symptom der reflektorischen Pupillenstarre, d. h. dem Ausbleiben der Verengerung der Pupillen bei Lichteinfall neben Erhaltensein der Beweglichkeit bei Accommodation und Convergenz.

Letzteres Moment, die als Mitbewegung erhaltene Beweglichkeit unterscheidet die reflektorische Pupillenstarre von der durch peripherische Läsion des Oculomotorius z. B. bei luetischer Meningitis bedingten totalen Pupillenstarre;

Der Nachweis der reflektorischen Starre besagt, für die pathologisch anatomische Betrachtungsweise, dass die uns zwar im einzelnen noch nicht genau bekannten centralen Verbindungen zwischen Opticus-Endigungen und Oculomotoriuskernen, die sonst der Leitung des physiologischen Reflexvorganges dienen, eine Unterbrechung erlitten haben.

Die procentuale Häufigkeit derjenigen Affektionen, bei denen gelegentlich reflektorische Pupillenstarre beobachtet wird (multiple Sklerose, in besonderer Weise localisierte Tumoren oder Blutungen) ist gering im Vergleiche mit der Zahl der Fälle von Tabes und von progressiver Paralyse,

deren classisches frühdiagnostisches Symptom die reflektorische Starre darstellt.

Den Übergang vom normalen Verhalten der Lichtreaktion zur reflectorischen Starre stellt die „Pupillenträgheit“ dar, ein Begriff, bei dessen Anwendung Vorsicht geboten ist bei von vorneherein geringer Weite der Pupillen, also bei Individuen, die dem Senium sich nähern; die vorhin als Träger besonders weiter Pupillen genannten Kategorien zeigen eine promptere Reaktion als z. B. gesunde Männer, selbst mittleren Lebensalters. Als pathologische Erscheinung finden wir Pupillenträgheit bei verschiedenen organischen Hirnaffektionen, namentlich bei den mannigfaltigen Formen von Blutungen oder Erweichungen mit Demenz u. s. w., auch bei chronischem Alcoholismus.

Bei letzterem wird manchmal, was differentielldiagnostisch wichtig, die träge Reaktion nach einigen Wochen Abstinenz wieder normal. —

Die reflectorische Pupillen-Starre und Trägheit findet sich bei progressiver Paralyse einseitig und doppelseitig; in den frühesten Stadien sind Differenzen zwischen rechts und links in der Promptheit der Reaktion fast die Regel, und der diagnostische Wert der einseitig fehlenden reflektorischen Verengerung der Pupille bei Lichteinfall ist nicht geringer, als der des doppelseitigen Verlustes dieses Phänomens.

Differenzen in der Pupillenweite selbst geringeren Grades erhalten bei gleichzeitig vorhandener einseitiger träger oder aufgehobener Reaktion ominöse Bedeutung. — Der diagnostische Satz: alle frisch entstehenden, anscheinend funktionellen Neurosen und Psychosen bei Männern des mittleren Lebensalters (28—55 Jahre) werden durch den Nachweis der reflectorischen Pupillenstarre oder der Pupillendifferenz bei zweifellos träger Reaktion verdächtig auf progressive Paralyse — giebt einen Maassstab ab für die Wichtigkeit einer exacten Untersuchung der Pupillen.

Die Untersuchung auf Qualität und Quantität der Lichtreaktion erfordert aber nicht nur eine correcte, sondern, wenn man subjective Sicherheit im Schätzen kleiner Unterschiede gewinnen will, auch gleichmässig geübte Methodik; es genügt nicht, wie man das manchmal kann ausführen sehen, das zu untersuchende Auge, welches noch dazu vielleicht in eine dunkle Ecke des Zimmers schaut, flüchtig einmal mit der vorgehaltenen Hand zu beschatten. Auch die Art, das Lid mit den Fingern zu schliessen und zu öffnen, ist unzweckmässig, weil dabei dem Untersucher infolge der unvermeidlichen Bulbusbewegungen und der im Momente der Lidöffnung plötzlich auftretenden Lichtreflexe auf der Cornea kleine Bewegungen der Pupille leicht entgehen können, während andererseits die im gleichen Zeitpunkte fast immer eintretende Accommodations-Mitbewegung der Pupille eine Lichtreaktion derselben vortäuschen kann.

Die Forderungen, die bei einer zuverlässigen Pupillenuntersuchung auf reflectorische Starre erfüllt sein müssen, sind, dass der Untersuchende die Pupille dauernd, während der Beschattung und der Belichtung des Auges scharf fixieren kann, und dass im Momente des Lichteinfalls sowohl Accommodations- wie Convergenzbewegungen von Seiten des zu prüfenden Auges unterbleiben.

Letztere sind bekanntlich bei Geisteskranken nicht immer leicht auszuschliessen.

Die beschattende Hand, deren Entfernung die Netzhaut plötzlich dem Tageslichte des Fensters z.B. aussetzt, darf, damit nicht auf sie accommodiert wird, nicht in der Sehaxe gehalten werden, sondern muss das Auge halb von der Seite her gegen die Lichtquelle decken; der Kranke fixiert an dem Untersucher vorbei, einen fernen Gegenstand; im Momente der Belichtung resp. kurz darauf beobachtet man dann die Verengerung der Pupille, oder eventuell das Ausbleiben dieser Erscheinung — die reflectorische Starre.

Bei unzulänglichen Tageslichtverhältnissen genügt es auch, in einer dunklen Ecke mit einem Lichte, eventuell

auch nur mit einem hell brennenden Streichholz hinter dem Kopfe des zu Untersuchenden so hervorzukommen, dass das vorher im Schatten liegende Auge plötzlich halbseitlich beleuchtet wird.

Bei trotzdem zweifelhaft bleibendem Resultat versäume man nicht die Prüfung der Lichtreaktion im Dunkelzimmer mit seitlicher Linsenbeleuchtung. Die Erfahrung lehrt, dass je genauer die Untersuchung der Pupillen ausgeführt wird, um so geringer die Zahl der Fälle wird, in denen sich — ausser bei Tabes und progressiver Paralyse — wirklich reflectorische Pupillenstarre findet. —

Die Controlluntersuchung auf Pupillenbewegung in Form der Mitbewegung bei Convergenz und Accommodation wird einfach so vorgenommen, dass man den zu Untersuchenden seine eigene Nasenspitze besehen heisst oder einen vom ihm zu fixierenden Gegenstand aus einiger Entfernung rasch dem Gesichte nähert; man erkennt dann die übrigens oft sehr geringe Verengerung der Pupille, die bei neuem Fixieren eines entfernten Punktes einer Erweiterung Platz macht.

Das Fehlen der consensualen Lichtreaktion, d. h das Ausbleiben der Verengerung der einen Pupille bei Belichtung des anderen Auges kann das erste Symptom einer Pupillenstörung überhaupt sein; in zweifelhaften Fällen ist darnach zu suchen. —

Während die reflectorische Pupillenstarre mit oder ohne Differenzen in der Weite der Pupillen auch denjenigen Fällen von progressiver Paralyse eigen ist, die den Hinterstrangtypus nicht zeigen, treffen wir eine Reihe anderer Frühzeichen in der Regel nur als Teilerscheinung eines der Paralyse vorausgehenden oder gleichzeitig mit ihr einsetzenden tabischen Symptomencomplexes, nämlich lanciuierende Schmerzen, Gürtelgefühl, Analgesie an den Beinen, gastrische oder andere Krisen, Opticusatrophie, Augenmuskellähmungen von meist flüchtigem Character.

Es gilt für alle diese Symptome das oben über das Verhältniss der Tabes zur progressiven Paralyse überhaupt Gesagte. Abnahme der Potenz und leichte Blasenstörungen treffen wir im Frühstadium auch ohne sonstige tabische Symptome.

Das Verhalten der Sehnenreflexe, speciell des praktisch wichtigsten Patellarsehnenreflexes erfordert eine etwas eingehendere Besprechung. Ganz allgemein gesagt beruht unter der Voraussetzung der gleich zu nennenden Cautelen ihr frühdiagnostischer Wert darauf, dass sichergestellte dauernde Anomalien derselben, für welche eine sonstige Erklärung bei genauer Untersuchung nicht zu finden ist, jede gleichzeitig vorhandene zunächst anscheinend funktionelle frisch entstehende Neurose oder Psychose, bei Männern des mittleren Lebensalters, paralyseverdächtig erscheinen lassen.

Von den vorkommenden quantitativen Veränderungen ist die völlige Aufhebung der Patellarsehnenreflexe darum diagnostisch wertvoller, weil sie eine absolute Grösse ist, während die verschiedenen Grade der Steigerung in ihrer Schätzung von dem Urteile des Untersuchers abhängen.

Bei jener sind vor einer diagnostischen Verwertung im Sinne des Nachweises einer spinalen Erkrankung periphere Ursachen (Muskelatrophie, Neuritis, chirurgische Erkrankungen) auszuschliessen; bei dieser ist im Auge zu behalten, dass es eine Normalgrösse der reflectorisch erregten Muskelkontraktion des Quadriceps nicht giebt, und dass auch bei funktionellen Erkrankungen grosse Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe vorkommt.

Um die Annahme einer organischen Ursache der Steigerung der Patellarsehnenreflexe zu rechtfertigen, müssen unterstützende Momente hinzukommen, nämlich Muskelspannungen in den unteren Extremitäten oder der Nachweis eines deutlichen Dorsalclonus. Als solcher ist bei exacter Prüfung das Auftreten von 3—4 rasch erlahmenden

Contractionsstössen in der gespannten Wadenmusculatur nicht anzuerkennen, da sich das sowohl bei manchen mit Muskelverkürzung einhergehenden chirurgischen Erkrankungen an den Beinen, als auch z. B. bei Neurasthenie oder Hysterie u. s. w. zeigen kann.

Unter Berücksichtigung dieser einschränkenden Cautelen besitzt aber der Nachweis einer Steigerung der Patellarsehnenreflexe die gleiche diagnostische Bedeutung, wie der Nachweis des Fehlens derselben. Das Fehlen beweist, bei Ausschluss peripherischer Ursachen, eine Unterbrechung des Reflexbogens im Rückenmarke, die bei der progressiven Paralyse erfahrungsgemäss am häufigsten in den hinteren Wurzeln oder in den Hintersträngen ihren Sitz hat, die Steigerung das Vorhandensein pathologischer Vorgänge oberhalb des Reflexbogens und zwar in der Pyramidenbahn irgendwo auf der Strecke von den Ganglienzellen der motorischen Gegend der Centralwindungen bis zu einer oberhalb des Niveaus des spinalen Reflexvorganges gelegenen Ebene; für den Patellarsehnenreflex bedeutet das die Höhe der Grenze von Dorsal- und Lumbalmark; bei der progressiven Paralyse sitzt die Läsion, auf deren Vorhandensein wir die Steigerung der Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten beziehen, am häufigsten in der Pyramidenseitenstrangbahn des Brustmarkes.

Bei Abzug der zunächst als typische Tabes beginnenden Fälle von progessiver Paralyse, ist in den Frühstadien der Erkrankung die Steigerung der Reflexe häufiger als das Fehlen derselben; (in den späteren Stadien ändert sich dies Verhältnis; die Fälle mit fehlenden Reflexen überwiegen, und zwar aus den einfachen Grunde, dass bei den die Mehrzahl bildenden Fällen von combinierter Seitenstrang- und Hinterstrang-Erkrankung die Unterbrechung des Reflexbogens im Lendenmarke den reflexsteigernden Einfluss der Seitenstrangerkrankung nicht mehr in die Erscheinung treten lässt.)

Eine wichtige Stütze bei der Beurteilung des Verhaltens der Patellarsehnenreflexe geben einseitige Veränderungen derselben ab, namentlich einseitiges Fehlen;

bei einseitiger Steigerung ist die Annahme etwa einer früheren Hemiplegie als Grund der Steigerung abhängig von dem Nachweis einer dabei selten fehlenden gleichzeitigen Steigerung des Tricepssehnenreflexes der betroffenen Seite. Eine Prüfung der Patellarsehnenreflexe, die, in zweifelhaften Fällen, Anspruch auf Zuverlässigkeit macht, darf nur am nackten Beine vorgenommen werden; es genügt nicht, durch die Hose hindurch einen Schlag „auf die Kniegegend" zu applicieren; der Reflex kann, wenn auch die Muskelcontraction nicht genügt, um den Unterschenkel vorwärts zu stossen, immernoch durch eine wenigstens sichtbare oder fühlbare Contraction im Quadriceps vertreten sein; das Fehlen darf nur behauptet werden, wenn durch die bekannten Handgriffe im Momente der Prüfung die Aufmerksamkeit von den Vorgängen am Beine abgelenkt worden war.

Auch die Erzielung des Achillessehnen-Phänomens, des Dorsalclonus, erfordert eine bestimmte Technik; selbst ein starker Dorsalclonus kann infolge ungeschickter Prüfung nicht auslösbar erscheinen. Man unterstützt am liegenden Kranken das im Knie leicht gebeugte Bein mit einer Hand lose in der Kniekehle, mit der anderen, die den Fuss nicht voll zu umfassen braucht, eventuell, bei schwacher Muskulatur des Kranken, nur mit zwei Fingern derselben übt man einen kurzen stossenden Druck auf die Fusssohle in der Höhe der Metatarsalköpfchen aus, ohne aber dann mit dem Druck nachzulassen; sind die organischen Voraussetzungen für das Auftreten von Dorsalclonus gegeben, so beginnt sofort, wie das Spiel des Wagner'schen Hammers am Inductionsapparat, die Reihe von rasch aufeinanderfolgenden Contractionstössen der Wadenmuskulatur mit dem Effekt der Plantarflexion des Fusses; das Phänomen dauert je nach dem Grade der vorhandenen Erregbarkeit kürzer oder länger an, bis der Reflex sich schliesslich erschöpft hat. Bei leichteren Graden von Dorsalclonus tritt diese Erschöpfung bisweilen so rasch auf, dass z. B. beim Demonstriren, der zweite oder dritte

Auslösungsversuch überhaupt nicht mehr gelingt, während beim ersten Male sicherer Dorsalclonus vorhanden war.

Auch für die Prüfung der Sehnenreflexe gilt, dass nur eine gleichmässig geübte Methodik die Gewinnung eines objektiv richtigen nnd subjectiv sicheren Urteils verbürgt. —

Der reflectorischen Pupillenstarre und dem Verhalten der Sehnenreflexe stehen an frühdiagnostischem Werte sehr nahe die frühen „paralytischen Anfälle".

Die schweren bis zum Status epilepticus sich steigernden Zustände, die den Anfällen der späteren Stadien eigen sind und nicht selten direkt den Tod des Menschen herbeiführen, finden sich kaum je im Prodromalstadium.

Das häufigste sind hier epileptiforme Anfälle in der Art des petit mal: Erblassen, Ohnmachtsanwandlungen, plötzliches Schwindelgefühl, kurzer Bewustseinsverlust, oder leichteste apoplectiforme Anfälle, nämlich unter Schwindel oder Nachts unbemerkt im Schlafe plötzlich einsetzende flüchtige Paresen, eventuell mit rasch vorübergehender Beeinträchtigung der Sprache oder nur ein plötzlich kommendes Gefühl von Einschlafen einer Körperseite, selbst nur von einer Extremität.

Zwischen den epileptiformen und den apoplectiformen Anfällen, die in ihrer Genese jedenfalls principiell Gemeinsames haben, bestehen auch im klinischen Bilde Uebergänge, die eine strenge Abgrenzung als eine willkürliche erscheinen lassen.

Für die Differentialdiagnose der frühen paralytischen epileptiformen Anfälle gegenüber gewöhnlichen der genuinen Epilepsie angehörenden gilt Folgendes:

Die sogenannte Epilepsia tarda d. h. erstmaliges Auftreten eines der echten nicht symptomatischen Epilepsie zugehörigen Anfalles im mittleren Lebensalter kommt bei der grossen Seltenheit seines Vorkommens praktisch wenig in Betracht.

Symptomatische epileptische Anfälle in diesem Lebensabschnitt werden beobachtet: nach Schädeltraumen, bei chronischem Alcoholismus, bei luetischen und anderen Neubildungen des Hirns und seiner Hüllen sowie in Fällen von frühen atheromatösen Veränderungen der Hirngefässe.

Können diese Erkrankungen durch die Anamnese, durch genaue Untersuchung auf characteristische Begleitsymptome, eventuell, wie bei luetischen Erkrankungen, durch den Erfolg der Therapie ausgeschlossen werden, so müssen epileptiforme Anfälle in dem genannten Lebensabschnitt den Verdacht auf beginnende progressive Paralyse erwecken, der sich fast zur Sicherheit steigert, wenn etwa gleichzeitig reflectorische Pupillenstarre, oder die später zu besprechenden psychischen frühen Veränderungen der Paralyse nachweisbar sind. —

Bei epileptiformen Anfällen dieses Alters ist die Paralyse als zu Grunde liegende Erkrankung vielleicht häufiger, als die vorhergenannten krankhaften Zustände zusammengenommen.

Den epileptiformen Anfällen stehen jedenfalls sehr nahe periodisch im Prodromalstadium auftretende heftige Kopfschmerzen, namentlich in Gestalt der Migräne, vielleicht mit Bevorzugung der als „Augenmigräne“ bezeichneten Form. Da die echte Migräne meist familiär oder hereditär auftritt, mit ihren Anfängen fast ausnahmslos bis in die Jugend des Individuums zurückreicht, so ist ein erstmaliges und dann sich wiederholendes Auftreten von Migräne-Anfällen im mittleren Lebensalter in jedem Falle ein bedenkliches Symptom, welches allerdings nicht nur bei progressiver Paralyse, sondern auch bei Tabes, bei Epilepsie, bei Hirntumoren auftreten kann.

Wenn demnach auch ein solcher Migräne-Anfall an sich noch keine bestimmte Diagnose sichert, so ist er doch mindestens ein wertvolles Warnungssignal für den Arzt und darf nicht mit der Annahme, dass es sich um eine harmlose funktionelle Erkrankung handele, abgethan werden.

Bei Vorhandensein eines psychisch abnormen, in seiner Deutung zweifelhaften Zustandes können solche Migräneanfälle eventuell den Ausschlag für die Diagnose der progressiven Paralyse geben. —

Die frühen apoplectiformen Anfälle unterscheiden sich von den anderen durch Blutung, Embolie, Erweichung oder Tumoren verursachten Formen der Hemiplegie vor allem durch ihren Anfangs meist abortiven Charakter, d. h. durch Flüchtigkeit und eventuell geringe räumliche Ausdehnung der Lähmungserscheinungen, dann aber auch durch die Thatsache, dass selbst eine Wiederholung des Anfalles in der gleichen Körperhälfte nicht immer gröbere Ausfallserscheinungen zurückzulassen braucht.

Am meisten pflegen noch bei öfter wiederholten apoplectiformen Anfällen, die mit Beteiligung der rechtsseitigen Extremitäten einhergehen, aphasische oder paraphasische Störungen der Sprache als Residuum von etwas grösserer Dauer übrigzubleiben. —

Oft wissen Paralytiker in den frühen Stadien der Krankheit, die einen apoplectiformen Anfall erlitten haben, gar nichts von einer vorhandenen Parese, während gleichzeitige Sensationen von Eingeschlafensein und dergl. ihnen Sorge machen, oder sie wissen nichts von einem vielleicht Nachts eingetretenen Anfalle, dessen motorische Folgeerscheinungen — die Parese — sie zum Arzte führen. —

Die frühen apoplectiformen Anfälle können am ehesten noch verwechselt werden mit den ersten warnenden kleinen Apoplexien, die bei Erkrankungen der Hirngefässe nicht selten schweren Hemiplegien vorausgehen, und die differentielldiagnostische Unterscheidung zwischen diesen beiden Erkrankungsformen ist in der That oftmals eine Zeitlang nicht mit Sicherheit möglich; Anfälle dieser Art, die schon Anfangs der Dreissiger auftreten, sind immer ein paralyseverdächtiges Symtom, da ausser bei luetischer Hirngefässerkrankung und arteriosclerotischer Schrumpfniere in diesem Alter kaum durch Gefässveränderungen bedingte apoplectiforme Zustände vorkommen.

Für die Diagnose der Paralyse gilt, dass apoplectiforme Anfälle, die ohne ersichtliche Aetiologie auftreten, bei bestehenden unbestimmten psychischen Krankheitserscheinungen die Wagschale zu Gunsten der Annahme einer Paralyse sinken machen.

Die zahlreichen in praxi vorkommenden Modificationen der paralytischen frühen „Anfälle“ sind mit dem Gesagten keineswegs erschöpft; allen irgendwie gearteten Erscheinungsformen ist gemeinsam die diagnostische Bedeutung des erstmaligen Auftretens im mittleren Lebensalter, und sei es auch, wenigstens bei Männern, „nur eine Ohnmacht“, die mitten in scheinbarer Gesundheit und ohne ersichtliches veranlassendes Moment auftritt.

Der untersuchende Arzt muss nach diesen Dingen fragen, da die Kranken selbst diese episodischen Ereignisse vergessen, oder sie, so wenig wie dies ihre Angehörigen meist thun, nicht in Beziehung bringen mit den Erscheinungen oder subjectiven Beschwerden, die sie ärztliche Hilfe aufsuchen lassen. —

An die frühen paralytischen Anfälle schliessen sich hier in der Besprechung naturgemäss diejenigen Symptome an, die zwar nicht ausschliesslich, aber doch häufig zeitlich und in ursächlichem Zusammenhange den Anfällen, namentlich den apoplectiformen folgen — die mehr oder weniger ausgedehnten motorischen Paresen. Da es sich dabei in den Frühstadiem meist weniger um starke Differenzen in der groben Kraft, als um Störungen der feineren Bewegungsformen handelt, kommen hier für die Diagnose am meisten die Muskelgebiete in Betracht, die auch schon kleine Unterschiede — entweder im Verhältniss zu dem früheren Verhalten oder beim Vergleiche zwischen rechts und links — erkennen lassen, nämlich die mimische Muskulatur, dann aber auch die Muskulatur der Zunge und des Kehlkopfes. Da die genannten Muskelgebiete ihre Wirkung combiniren bei der Bildung der sprachlichen Producte, finden wir unter den Frühsymptomen auch die Störungen

der Sprache, soweit es sich um die Vorgänge der Articulation handelt.

Die motorischen Paresen bei der progressiven Paralyse gehen meist mit leichten Reizerscheinungen einher — Tremor mit Zuckungen; es kommt in diesen Reizerscheinungen vielleicht zum Ausdruck, dass es sich bei den zu Grunde liegenden cerebralen Vorgängen meist um einen floriden, progressiven Process, nicht um ein einmaliges, dann abgeschlossenes Ereigniss handelt, (in ähnlicher Weise, wie bei spinalen Affektionen die fibrillären Muskelzuckungen diagnostische Bedeutung besitzen).

Von den motorischen Paresen gelten Differenzen in der Innervation des Nervus Facialis als eines der häufigen frühen Symptome.

Es heisst bei ihnen wie bei den kleinen Differenzen in der Pupillenweite, Vorsicht üben in diagnostischer Verwertung.

Wenige Gesichter Gesunder halten einer zu genauen auf Feststellung der Symmetrie gerichteten Prüfung Stand; bei Epileptikern, bei hereditär disponierten Individuen und auch ohne diesen Faktor finden wir Asymmetrien des Gesichtsskelettes und damit, oder auch unabhängig davon Asymmetrien der mimischen Thätigkeit so häufig, dass es sich empfiehlt, leichten Facialisdifferenzen nur dann diagnostische Bedeutung zuzumessen, wenn sich gleichzeitig Tremor oder Zuckungen in der betreffenden Hälfte finden, oder anamnestisch ein entsprechend localisierter apoplectiformer Anfall nachweisbar ist; (in ähnlicher Weise erhalten, wie wir gesehen haben, kleinere Pupillendifferenzen erst durch ein weiteres Symptom, die Pupillenträgkeit oder Starre diagnostischen Wert.) Die Reizerscheinungen der mimischen Muskulatur treten am deutlichsten beim Sprechen oder beim Herausstrecken der Zunge hervor, und zwar dabei meist zuerst im Zygomaticusgebiet und der Kinnmuskulatur; im Gegensatz zu den ausgedehnten ticartigen Zuckungen, wie wir sie z. B. bei manchen Neurasthenikern oder in einzelnen Fällen von Neurosen nach Unfällen sehen,

handelt es sich bei diesen frühparalytischen Reizerscheinungen im Facialisgebiet nur um ein kurzes Vibrieren der bezeichneten Gegenden, ein kurzes mimisches „Wetterleuchten“, vergleichbar am ersten dem unruhigen kurzen Zucken, welches man bei gesunden Leuten um den Mund herum sehen kann, wenn sie im Sprechen mit der Rührung kämpfen. Affekte pflegen bei beginnender Paralyse latente mimische Reizerscheinungen deutlich werden zu lassen; (es glückt meist mit Leichtigkeit, die Kranken bei der Untersuchung willkürlich in Affekt zu bringen.)

Die vibrierenden Bewegungen der Gesichtsmuskeln bei Alkoholisten sehen oft genau so aus, wie die der Paralytiker. —

Abweichungen der Zunge nach links oder rechts finden sich schon früh, nach Anfällen aber auch ohne dieses; schwere Paresen, mit Unfähigkeit, die Zunge vor die Zähne zu bringen, gehören den späteren Stadien an.

Der Tremor der Zunge und die fibrilläre Unruhe in der Muskulatur derselben sind ebenso, wie der Tremor der Hände meist an sich nicht zu unterscheiden von den entsprechenden Erscheinungen bei schwerer Neurasthenie oder bei chronischem Alkoholismus. Grössere diagnostische Bedeutung gewinnt der Tremor indessen dann, wenn nach einem anamnestisch festgestellten Anfall Tremor nur in der betreffenden Körperhälfte nachweisbar ist. Dem Tremor und den Zuckungen der sichtbaren Muskulatur entsprechen für den Kehlkopf in diagnostischer Beziehung Veränderungen der Stimme z. B. im Timbre; am häufigsten fällt schon früh, namentlich im Affekte, ein vordem nicht vorhandenes eigentümliches „Beben“ der noch dazu vielleicht monoton gewordenen Stimme auf. —

Die eigentliche „paralytische Sprachstörung“ d. h. die durch Parese und Mängel in der Coordination bedingten articulatorischen Störungen pflegen in ihren ersten Andeutungen oft sehr früh nachweisbar zu sein. Es ist deswegen auf sie besonders zu achten, eventuell mit Anwendung schwierigerer Wortcombinationen, die aber nicht notwendiger

Weise solche articulatorischen Fallstricke zu bergen brauchen, wie manche der landläufig empfohlenen Paradeworte; (an den „französischen Schuhzwecken“ z. B. entgleist auch die Mehrzahl nervös Gesunder, namentlich im Momente einer ärztlichen Untersuchung).

Die beste Methode, sich über die Sprache rasch zu orientieren ist die, dass man sich von dem zu Untersuchenden laut vorlesen lässt. —

Bei einer diagnostischen Verwertung einer festgestellten articulatorischen Sprachstörung ist daran zu denken, dass zahlreiche hereditär disponierte erregbare Menschen, und Neurastheniker mit erworbener Erregbarkeit im Affekte leicht articulatorische Schwierigkeiten haben.

Eine nach sicheren Angaben von Angehörigen erst seit kurzem, namentlich etwa nach einem subjectiven Anfall entstandene articulatorische Behinderung der Sprache ist dagegen von grosser diagnostischer Wichtigkeit.

Bei den frühen Veränderungen der Schrift handelt es sich um zwei verschiedene mitwirkende Ursachen; die eine liegt in den eventuell abnormen Innervationsverhältnissen (Paresen und Reizerscheinungen) in Hand und Vorderarm, die andere ist psychischer Art (Verlust der Aufmerksamkeit, Versagen des Gedächtnisses, Sinken des aesthetischen Gefühls).

Es resultieren daraus, oft ganz früh schon, sehr characteristische schriftliche Belege mit unregelmässigen fahrig ausgezogenen Buchstaben, ungleichen Linienabständen, Klecksen u. s. w., neben Interpunktionsfehlern, Durchstreichungen, Auslassungen oder Verdoppelungen von Worten u. a. m. — Es gehört in irgendwie zweifelhaften Fällen mit Verdacht auf beginnende progressive Paralyse zu einer guten Untersuchung, dass man sich Schriftstücke der Kranken neuesten und älteren Datums vorlegen lässt; namentlich bei denjenigen Individuen, die berufsmässig an sauberes und exactes schriftliches Arbeiten gewöhnt waren (Schullehrer,

Bankbeamte, Kanzlisten etc.) sind da wertvolle Aufschlüsse zu erwarten.

Bei ungebildeten, überhaupt wenig schreibenden Menschenklassen ist aus den schriftlichen Producten in frühdiagnostischer Hinsicht wenig zu entnehmen.

Die Schriftstücke chronischer Alkoholisten können ebenfalls die oben genannten Kennzeichen besitzen und sind von solchen aus den Frühstadien der Paralyse kaum zu unterscheiden. —

Alle bisher genannten Frühsymptome sind organisch bedingt und einer objectiven Feststellung zugänglich; ehe wir zur Besprechung der frühen psychischen Anomalien übergehen, mögen noch kurz ein paar der häufigeren subjectiven Symptome Erwähnung finden, die allerdings meist erst nachträglich, von dem Standpunkte der gesicherten Diagnose aus, ihre Bedeutung als paralytische Frühsymptome erhalten, während sie an sich, bei isoliertem Auftreten, wegen ihrer Vieldeutigkeit nur beschränkten frühdiagnostischen Wert besitzen.

Es sind das: neuralgiforme Schmerzen im Gebiet des Nervus trigeminus und occipitalis, vage Schmerzen in den Extremitäten, ohne den Character des „Lancinierens“, diffuse Kopfschmerzen, oder Empfindungen von Kopfdruck, endlich Störungen des Schlafes, bis zu völliger, eventuell länger andauernder Schlaflosigkeit.

Die Kopfschmerzen und die Schlaflosigkeit zeichnen sich bei der beginnenden progressiven Paralyse aus durch ihre besondere Hartnäckigkeit gegenüber therapeutischen Versuchen; die neuralgiformen, vagen Schmerzen haben kaum etwas Characteristisches. —

Die psychischen Symptome im engeren Sinne folgen hier, im Gegensatz zu der sonst meist gewählten Darstellungsweise, an letzter Stelle. So sehr dieselben im Stadium der ausgebildeten Krankheit in characteristischer Weise das klinische Bild beherrschen, so schwankend und vielgestaltig sind sie in den ersten Anfängen, und

für die feste Diagnose liegt im Prodromalstadium der Schwerpunkt der Untersuchung auf dem Nachweise der organischen*) Symptome, die aus diesem Grunde in der Besprechung vorangestellt worden sind.

Der Psychiater von Fach, für den jeder sechste oder siebente Kranke ein Paralytiker ist, stellt häufig allein aus dem eigentümlichen Gesammteindruck einer psychischen Persönlichkeit, dessen einzelne Componenten oft schwer zu formulieren sind, schon sehr früh mit subjectiver Sicherheit die Diagnose; für den psychiatrisch weniger geschulten praktischen Arzt ist der normale Weg der Diagnose der oder vielmehr, er sollte es sein, dass ein durch irgend welche Anomalien rege gewordener Verdacht auf beginnende progressive Paralyse durch die sichere Feststellung von objectiven, greifbaren Symptomen aus der Reihe der oben zusammengestellten seine Bestätigung erhält. —

Die wichtigsten der frühen psychischen Veränderungen wollen wir nun kurz durchgehen. Zuerst treffen wir manchmal subjective Veränderungen, ein lebhaftes Krankheitsgefühl, gewissermassen eine Ahnung kommenden Unheils, und von den Kranken auch öfters so aufgefasst, oder eine schmerzlich empfundene gemütliche Depression, die ganz objectlos sein kann, d. h. nicht an Vorstelluugen mit entsprechender Färbung gebunden zu sein braucht.

Den schweren neurasthenischen und den melancholisch-hypochondrischen Zustandsbildern des Prodromalstadiums kann dieser mehr oder weniger deutlich ausgesprochene Zug gemeinsam sein. —

---

*) Die Gegenüberstellung von „psychischen" und „organischen" Symptomen ist eigentlich eine Schiefheit; ich zweifle nicht daran, dass fast alle „psychischen" Symptome der progressiven Paralyse „organischen" Veränderungen ihre Entstehung verdanken. — Richtiger wäre oben statt „organisch" vielleicht „Local-Symptome" oder etwas ähnliches, zu setzen. Der Zusammenhang zeigt indessen wohl genügend klar, was gemeint ist. —



Das häufigere aber ist, dass die ersten psychischen Veränderungen, wenn sie der Umgebung schon auffallen, dem Kranken selbst nicht zum Bewusstsein kommen. Zu den frühesten Erscheinungen gehört in dieser Beziehung eine veränderte Reaktionsweise des Individuums gegen die Eindrücke der Aussenwelt, namentlich eine allgemeine Steigerung der Reizbarkeit, sei es gegen Geräusche oder Widerspruch, sei es gegenüber dem Kleinkram der täglichen Durchquerungen des Wollens.

Das Missverhältnis zwischen dem Anlass und der Intensität des dadurch ausgelösten Affektes des Zornes, der explodierenden Wut findet sich zwar in gleicher Weise bei schwerer funktioneller Neurasthenie, aber mit dem Unterschiede, dass die den Affektausbrüchen der Neurastheniker eigene Neigung, in länger dauernde Unlustaffekte — Missstimmung u. s. w. – überzugehen, bei der progressiven Paralyse fehlt. —

Auch lebhafte depressive Affekte treten ohne proportionalen Anlass auf; der vollkommene Verlust des Gleichgewichtes in den Verzweifelungsanfällen bei kleinlichen Anlässen, zu denen manche Paralytiker in den frühen Stadien neigen, kann ganz dem als „betrunkenes Elend" bekannten Zustande gleichen, in den manche disponierte, aber nicht kranke Individuen im Rausche geraten; gar nicht selten begehen Paralytiker im Initialstadium in solchen plötzlichen Unlustaffektanwandlungen ganz unvermutete, durchaus ernst zu nehmende Selbstmordversuche; ich habe einen keineswegs dementen, äusserlich ganz geordneten Paralytiker gekannt, der zu Hause bei Tisch mit seiner Frau in Meinungsverschiedenheiten betreffs einer Weinmarke gerieth, aufstand, davoneilte und sich in die Jll stürzte. Diese Affekte der Paralytiker sind wenig nachhaltig; der gesteigerten Reizbarkeit geht parallel die erhöhte Labilität, und auch hierbei ist charakteristisch die Geringfügigkeit der Anlässe, die den Wechsel herbeiführen. —

Frühzeitige allmählich eintretende Verminderung des Gedächtnisses und der Urteilskraft in Verbindung mit dem Sinken der Intensität der höheren (aesthetischen, logischen, ethischen) Gefühle bedingt die als initiales Symptom zu beobachtende Abnahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit im Berufe oder Geschäfte, die Nachlässigkeiten u. s. w., dann aber namentlich die häufigen harmloseren oder gröberen Verstösse gegen Herkommen Sitte, eventuell gegen das Gesetz — Vorkommnisse, die den Ruf solcher Kranken meist lange geschädigt haben, ehe dieselben von der Familie oder von ihrem Arzte als krank erkannt werden. - Die Herabsetzung in der Funktion macht sich für die motorische Seite des Seelenlebens frühzeitig kenntlich in der Unfähigkeit zu länger dauernder angespannter Aufmerksamkeit, sowie in dem torpiden, der Initiative ermangelnden Wesen der Kranken, die manchmal schon Jahre vor dem Beginn schwerer geistiger Anomalien in dieser Hinsicht merkliche Veränderungen aufweisen.

Der Nachweis des Vorhandenseins der vorgenannten Symptome, die in ihrer Gesammtheit den Complex der „psychischen Schwäche" bilden, giebt nun den anderweitigen, eventuell schon früh auftretenden psychischen Anomalien ihre characteristische Färbung, die bei der Namengebung in dem Beifügen des Adjectivs „paralytisch" zum Ausdruck gebracht wird, und lässt dieselben meist ohne Schwierigkeiten von den entsprechenden Störungen bei funktionellen Psychosen unterscheiden.

Wir kennen so, um nur die wichtigsten Symptome zu nennen, eine paralytische Euphorie, paralytische Grössenideen, paralytische melancholische oder hypochondrische Wahnideen, paralytische Erregungszustände.

Die häufige Combination der Euphorie mit paralytischen Grössenideen d. h. kritiklosen Vorstellungen über die persönliche Leistungsfähigkeit, Stellung, Finanzlage u. s. w. führt schon im Frühstadium häufig zu

denjenigen Handlungen, in denen die sociale Gefahr der nicht erkannten progressiven Paralyse liegt.

Es gehören hierher die Fälle, in denen als (scheinbar) erstes auffallendes Symptom der Krankheit Bestellungen und Käufe gemacht werden, die den absehbaren Bedarf weit überschreiten, verschwenderischer Aufwand in direktionsloser Weise getrieben wird, unsinnige Projecte, mit Vorliebe darunter Heiratsprojecte in Angriff genommen werden; häufig fallen diese Unternehmungen in die Zeit, in der die Kranken in offenen Nervenheilanstalten oder Kneippkuren wegen „nervöser Überreiztheit“ oder dergl. behandelt werden, und sich hier, wie auf ihren „Erholungsreisen“ einer Aktionsfreiheit erfreuen, die das durch ihren Geisteszustand bedingte Maass von Fähigkeit zur Selbstbestimmung vielleicht längst überschreitet.

Wenn man hört, oder in der Zeitung liest, dass ein Mann von einer bis dahin geordneten Führung auf einmal für seinen persönlichen Bedarf Bestellungen aufgiebt, wie etwa, (um eigene Beispiele zu wählen) von 50 Kisten Käse, oder 300 Dutzend Cigarrenspitzen, oder einem „Rheinschiff“ voll französischen Champagner oder einem Eisenbahnwaggon voll Chinin, so muss dem Kundigen sofort der Verdacht auf progressive Paralyse auftauchen; solche und ähnliche Dinge begeht fast nur der Paralytiker. Die krankhaft gefälschte Auffassung des eigenen Ich in seinen Beziehungen zur Aussenwelt, kann natürlich auch in mündlich geäusserten Grössenideen zum Ausdruck kommen. —

Von den Grössenideen der Paranoia sind die der Paralyse leicht zu unterscheiden, in negativer Hinsicht durch den Mangel einer vorausgehenden (anamnestisch festzustellenden) Entwicklung, durch das Fehlen des Systemes und der Stabilität in den Vorstellungen, in positiver Hinsicht durch die gleichzeitig vorhandene psychische Schwäche.

Letzteres Kriterium unterscheidet auch in psychologischer Hinsicht die gehobene Stimmung des Paralytischen von der des echten Maniakalischen, ganz abgesehen davon, dass die Mehrzahl der angeblichen „Manien“ im mittleren Alter

bei Männern keine Manien, sondern frühe Zustandsbilder der progressiven Paralyse sind.

Der Nachweis der psychischen Schwäche ist auch für die melancholischen und hypochondrischen Ideen der Paralytiker das entscheidende differential-diagnostische Merkmal, und macht die Erkennung auch anderer nicht im einzelnen aufzuzählender Modificationen des psychischen Bildes, selbst ohne begleitende Localsymptome, möglich. —

Das früheste Stadium der Paralyse kann sich nun aber auch verstecken hinter der Maske funktioneller Psychosen und Neurosen, die Anfangs oder für eine gewisse Dauer des Verlaufes keinen der paralytischen Züge aufzuweisen brauchen.

Für die richtige diagnostische Würdigung dieser Zustände ist die Kenntniss der Thatsache wichtig, dass bei Männern, abgesehen von der Paranoia und der Gruppe der epileptischen und alkoholistischen Geistesstörungen, frisch entstehende einfache Psychosen gerade in dem Lebensabschnitte relativ selten sind, der das Maximum der Häufigkeit der progressiven Paralyse aufweist; bei Frauen dagegen zeigen die funktionellen Psychosen in demselben Lebensabschnitt, zum grossen Theil unter dem Einfluss der mannigfachen aus dem Fortpflanzungsgeschäfte erwachsenden Schädlichkeiten, eine hohe Frequenz, während die progressive Paralyse, wie schon oben erwähnt worden ist, überhaupt drei bis vier mal seltener ist als beim Manne.

Eine anscheinend einfache Manie oder Melancholie, die beim Manne in dem von uns schon öfters zeitlich umgrenzten Lebensabschnitte auftritt, ohne dass sie eine Phase einer anamnestisch seit lange nachweisbaren periodischen oder circulären Geistesstörung darstellt, muss mit Rücksicht auf obige Thatsachen an sich schon den Verdacht der progressiven Paralyse erwecken und, im Interesse der Prognose, den Arzt zu genauester körperlicher Untersuchung veranlassen. Bei Frauen ist umgekehrt hinter einer Manie oder Melancholie oder einer hallucinatorischen Verworrenheit in der Regel keine progressive Paralyse zu vermuten, umso-

weniger, als die progressive Paralyse bei den Frauen nicht ausschliesslich aber vorwiegend in Gestalt der langsam, ohne Lärm sich vollziehenden Entwickelung einer progressiven Demenz aufzutreten pflegt.

Der Psychiater wird oft in Fällen von Manie oder Melancholie oder hypochondrischer schwerer Verstimmung allein aus kleinen paralytischen Zügen zur richtigen Diagnose gelangen; der psychiatrisch-weniger Erfahrene besitzt in dem Nachweise der organisch bedingten Localsymptome die bequeme diagnostische Handhabe. Schon aus einer Zeit, in der das Wesen der progressiven Paralyse sehr viel weniger gekannt war, als heute, stammt die Warnung, Manien mit sehr engen oder ungleichen Pupillen nicht prognostisch günstig zu beurteilen. —

Sehr viel grössere differentialdiagnostische Schwierigkeiten, die in manchen Fällen im Momente der Untersuchung unüberwindlich sein können, bietet die Abgrenzung der Frühstadien der progressiven Paralyse gegen die Neurasthenie. Beiden Erkrankungen ist eine ganze Reihe von Symptomen gemeinsam: Krankheitsgefühl, Reizbarkeit, Kopfweh, Schwindel, im Effekte scheinbar ähnliche, wenn auch auf ganz verschiedene Weise entstandene Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, Störungen des Schlafes, der Verdauung, Tremor im Gesicht, in Zunge und Händen; beide haben das Maximum ihrer Häufigkeit in der Lebenshöhe; beide betreffen mit Vorliebe die intelligenteren, regsameren, thätigen Persönlichkeiten; in beider Aetiologie figurieren die Excesse, sei es im Genuss, sei es in intellectueller Hinsicht, und eine für viele Fälle wohl zutreffende, für alle keineswegs erwiesene Formel bringt diese Gemeinsamkeit zahlreicher Momente zum Ausdruck, indem sie sagt: ceteris paribus in aetiologischer Hinsicht, entwickelt sich bei dem früher Luetischen eine progressive Paralyse, bei dem nicht Inficierten eine einfache Neurasthenie. — In den klinischen Beziehungen der beiden Erkrankungen beobachten wir namentlich folgende zwei Modalitäten:

Die Neurasthenie „geht der progressiven Paralyse voraus“ d. h. ein Neurastheniker, an dem eine Zeit lang die genaueste Untersuchung keine notwendigerweise paralytischen Erscheinungen nachweisen konnte, wird später evident paralytisch, nachdem vielleicht eine scheinbar normale Spanne Zeit dazwischen eingeschoben war, oder die progressive Paralyse „beginnt als Neurasthenie“, d. h. ein schon als Paralyse erkennbarer Krankheitsfall zeigt unter anderen auch die Erscheinungen, die den schweren Formen der Neurasthenie eigen sind.

Unter der Voraussetzung genauer Untersuchung ist das letztere Verhältnis das häufigere; die Mehrzahl der Paralytiker zeigt — nicht im Momente der Aufnahme in die geschlossene Anstalt — wohl aber, solange sie in ambulanter Behandlung möglich sind, das Zustandsbild der Neurasthenie (plus diesen oder jenen paralytischen Symptomen.)

Die differentialdiagnostischen Merkmale, die bei dem Fehlen organischer Localsymptome in Betracht kommen, sind teils anamnestischer Art, teils gehören sie dem Befunde im Momente der Untersuchung an. Es ist an Folgendes zu denken: Die funktionelle Neurasthenie ist eine constitutionelle Krankheit, die unter der Einwirkung äusserer Schädlichkeiten aus ihrer Latenz heraustritt, bei der daher, wenn das volle Krankheitsbild vorhanden ist, meist schon weit, eventuell bis in die Jugend zurückreichende leichte nervöse Anomalien von den Kranken auf Befragen angegeben werden; eine bei einem früher gesunden Manne ohne nachweisliche Heredität rasch entstehende schwere Neurasthenie, für die weder ein Trauma, noch körperliche Krankheiten (Influenza z. B.) verantwortlich gemacht werden können, muss daher an die Möglichkeit einer beginnenden progressiven Paralyse denken lassen.

Die Depression der Neurastheniker ist eine secundäre, eine Folge unangenehmer Empfindungen oder Befürchtungen; sie ist einer Beeinflussung durch Zerstreuung oder Belehrung für Zeiten zugänglich; die Depression

des Paralytikers ist eine primäre, schwerere, wenig beeinflussbare, unterbrochen weniger durch normale als vielmehr eventuell euphorische Phasen. Der Neurastheniker beobachtet und berichtet in peinlich genauer Weise seine Symptome, auch solche, die nur in seiner Vorstellung existieren wie z. B. die Abnahme des Gedächtnisses, der Paralytiker weist in der gleichen Funktion objectiv merkbare Mängel auf, die ihm aber nicht zum Bewusstsein kommen. Die funktionelle Neurasthenie zeigt, abgesehen von der gesteigerten Reizbarkeit, nicht die Änderungen des Charakters im Sinne eines Sinkens in aesthetischer und ethischer Hinsicht, die schon früh das paralytische Zustandsbild der Neurasthemie complicieren; plötzliche unangenehme Affekte, speciell Ärger und Zorn haben, wie schon erwähnt, bei dem Paralytiker nicht die den Neurastheniker quälende Neigung zum Übergang in schwer zu überwindende, Stunden oder Tage andauernde Verstimmung.

Für die sonstigen Symptome gilt, dass bei funktioneller Neurasthenie zwar eine Reihe von Phänomenen beobachtet wird, die bei der Paralyse organisch bedingt sind wie z B. Zucken im Facialis u. dgl., dass aber weder eine mit Dorsalclonus einhergehende Steigerung der Sehnenreflexe, weder Pupillenstarre noch epileptiforme Anfälle, weder aphasische Störungen, noch objectiv nachweisbare Minderungen der Intelligenz vorkommen. Zu den in psychischer Hinsicht verdächtigsten Symptomen gehört es, wenn ein deprimierter Neurastheniker plötzlich euphorisch wird, oder anfängt, Grössenideen zu entwickeln. —

Die Mehrzahl der Neurastheniker, die zum Arzte mit der ausgesprochenen Sorge kommen, dass sie Paralytiker sein könnten, ist nicht paralytisch.

Trotz des Vorhandenseins zahlreicher differentialdiagnostischer Merkmale muss zugegeben werden, dass es Fälle giebt, die selbst bei einer in jeder Hinsicht vollständigen Untersuchung eine bestimmte Ent-

scheidung der Frage, ob Paralyse, ob Neurasthenie im Momente nicht zulassen.

Ähnliche Schwierigkeiten, wenn auch vielleicht nicht ganz so häufig wie bei der Neurasthenie, bietet die Abgrenzung der frühen Stadien der progressiven Paralyse gegen die verschiedenen Zustände beim chronischen Alkoholismus.

Abgesehen davon, dass öfters Paralytiker im Initialstadium von Laien und Ärzten für einfach „angetrunken" gehalten werden, kommen nicht selten Zustandsbilder vor, die im Momente der Untersuchung eine definitive Diagnose nicht erlauben.

Wir finden beim chronischen Alkoholismus an Symptomen, die er mit der progressiven Paralyse gemeinsam hat, die Schlaflosigkeit, die Herabsetzung der Intelligenz, die Abstumpfung der höheren Gefühle, den Verlust der Energie; wir finden Tremor und Zuckungen im Gesichte und Extremitäten, eventuell epileptiforme oder epileptische Anfälle, oft infolge von peripherischer Neuritis Fehlen der Patellarsehnenreflexe. Sind die Störungen in Zunge und Facialis, und damit die der Sprache sehr ausgeprägt, so kann ein der progressiven Paralyse ganz ähnliches Bild resultieren, und es giebt in der That — wenigstens in der Litteratur — eine „alkoholistische Pseudoparalyse."

Wenn man indessen von den hierhergerechneten Fällen diejenigen abzieht, die nichts sind als echte Paralyse bei einem Potator compliciert durch einige Alkoholsymptome (Eifersuchtsideen, lebhafte Sinnestäuschungen), und weiter diejenigen abzieht, die überhaupt mit Paralyse nichts zu thun haben, sondern als chronischer alkoholistischer Schwachsinn mit zufällig lebhaften localen cerebralen Symptomen zu deuten sind, so bleibt wohl von der „alkoholistischen Pseudoparalyse" überhaupt nichts übrig.

Als das wichtichste differentialdiagnostische Moment muss neben den Differenzen in der (bei Alkoholisten meist nicht charakteristischen) Sprachstörung das Vorhanden-

sein oder Fehlen der reflectorischen Pupillenstarre angesehen werden; bei exacter Prüfung zeigen chronische Alkoholisten nur ganz selten wirkliche reflectorische Starre.

Eine weitere diagnostische Klärung bringen in der Regel einige Wochen erzwungener Abstinenz, in deren Verlaufe die motorischen Reizerscheinungen zurückzugehen pflegen, während die trägen Pupillen wieder besser zu reagiren anfangen und die Intelligenz sich manchmal beträchtlich hebt.

Schwierigkeiten bereitet des weiteren oft die praktisch besonders wichtige Abgrenzung der beginnenden progressiven Paralyse gegen gewisse nervöse Folgezustände nach Unfällen.

Soweit es sich dabei um einfache Neurasthenie nach Trauma handelt, gilt das oben Gesagte; es giebt aber Fälle, auch ohne dass gerade ein Schädeltrauma vorausgegangen zu sein braucht, bei denen sich neben Apathie eine deprimierte Gemütslage, Schwindel, Hemiparesen, Tremor mit Zuckungen in Zunge, Facialis und Händen, eventuell articulatorische Sprachstörung finden, während ein gewisses torpides, obstinates Wesen die Intelligenzprüfung erschwert, Fälle, die gewissen Zustandsbildern der progessiven Paralyse vollkommen gleichen können, und doch nicht dazugehören; man erlebt, dass derartige Kranke nach 4—5 Jahren dasselbe Bild zeigen, ohne dement geworden zu sein u. s. w. — Man wird gut thun, nach schweren Unfällen mit der Diagnose auf progressive Paralyse in den Fällen vorsichtig zu sein, in denen nicht entweder reflectorische Pupillenstarre oder ein nachweislich progressives Sinken der Intelligenz zu constatieren ist. —

Die Diffentialdiagnose gegen die Dementia senilis und die verschiedenen Formen der Demenz nach Apoplexien wird in praxi ausserordentlich häufig verfehlt; die meisten Fälle, die nach unseren Erfahrungen wirklich einmal mit der Diagnose „progressive Paralyse“ in die Klinik gebracht werden, gehören diesen beiden Kategorien an.

Zur Unterscheidung von der Dementia senilis ist eine Altersgrenze nicht zu fixieren, angesichts der Fälle von Senium praecox und abnorm später Entwickelung der Paralyse; es ist auch zuzugeben, dass die langsam sich entwickelnde paralytische Demenz in alten Tabesfällen z. B. von Dementia senilis überhaupt nicht zu unterscheiden ist. —

Im allgemeinen wird ein von vorneherein geringes Vorstellungsmaterial eher für Dementia senilis sprechen. — In den Fällen zweifelhafter seniler Demenz ohne Tabes sind die organischen Localsymptome unterscheidend. — In praktischer Hinsicht ist es übrigens kein grosser Unterschied, ob z. B. die Demenz eines Mannes in der zweiten Hälfte der Fünfziger als eine späte paralytische Demenz oder als eine frühe senile anzusehen ist.

Welche Unterschiede zwischen den apoplectiformen Anfällen der progressiven Paralyse und denen bei Arteriosclerose bestehen, ist oben auseinandergesetzt; im übrigen ist als differentialdiagnostisches Merkmal zu verwerten, dass Kranke mit arteriosclerotischen Anfällen im Intervalle nicht den Grad von Intelligenzstörung aufweisen, wie Paralytiker, dass trotz eventuell vorhandener Euphorie Grössenideen sich nicht entwickeln, und die Patellarsehnenreflexe fast niemals fehlen.

Die Unterscheidung von multipler Sclerose ist manchmal schwierig in den spätesten Stadien bei Fällen, deren Entwickelung man nicht beobachtet hat; ganz im Anfange kann es zweifelhaft sein, ob eine als einziges Symptom vorhandene spastische Parese der Beine die Initialphase einer multiplen Sclerose oder einer progessiven Paralyse darstellt; die Entscheidung fällt, sobald deutliche Intelligenzstörungen bemerkbar werden, die für die multiple Sclerose erst später und selbst dann wenig ausgedehnt zu erwarten sind: Schwindelanfälle, beiden Krankheiten gemeinsam, sind kein differentialdiagnostisches Merkmal; echter Nystagmus findet sich fast nie-

mals bei progressiver Paralyse. Die Art der Sprachstörung ist nicht immer unterscheidend. —

Eine Abgrenzung der beginnenden progressiven Paralyse von diffuseu luetischen Processen der Rinde ist zur Zeit nicht möglich, auch selten „ex juvantibus“; antiluetische Therapie, die bei Gumma z. B. Triumphe feiern kann, beeinflusst die diffusen Processe nur wenig.

Gegen Tumoren liegt die Abgrenzung in dem Nachweise der positiven Tumorsymptome — vor allem der Stauungspapille. –

Die als „Encephalopathia saturnina“ beschriebenen Zustände sind einstweilen für sich zu wenig umgrenzt, um differentialdiagnostisch genauer besprochen zu werden; in jedem Falle der rt spielt die Hauptrolle die Anamnese und der Nachweis ev. vorhandener Bleisymptome (Bleisaum, Neuritis.)

Die wichtigsten Symptome, deren Feststellung zur Frühdiagnose helfen kann, und die häufigeren Zustandsbilder, in denen sich die beginnende progressive Paralyse praesentieren kann, haben wir nun besprochen; „Vollzähligkeit“ lag nicht in meiner Absicht; sie ist auch bei den in täglich neuen Modificationen auftretenden initialen Krankheitserscheinungen weder zu erzielen, noch als ein Bedürfnis in praktischer Hinsicht anzuerkennen; wer seine Kranken überhaupt untersucht, muss die progessive Paralyse diagnoticieren können; das Principielle in der diagnostischen Methode hoffe ich, zur Anschauung gebracht zu haben. —

Zum Schlusse noch einige Bemerkungen über die Bedeutung und die Consequenzen der Frühdiagnose der progressiven Paralyse. - Abgesehen von der allgemein menschlichen Bedeutung der Feststellung einer Krankheit, bei der mit der Diagnose ohne weiteres die absolut ungünstige Prognose gegeben ist, richtet sich die praktische Bedeutung der Frühdiagnose in socialer Beziehung im einzelnen Falle nach dem Umfange und der Art der Beziehungen, die das betreffende Individuum mit der Welt verknüpfen.

Wer Erfahrung darüber hat, welches Unheil angestiftet wird, und angestiftet werden kann, wenn Männer die in autoritativen Stellungen als militärische oder bureaukratische Vorgesetzte, als Richter und Verwaltungsbeamte zahlreiche Existenzen in der Hand haben oder als Beamte in verantwortungsvollen Betrieben funktionieren, nicht als Paralytiker erkannt werden, der versteht die Gleichgiltigkeit nicht, mit der zahlreiche, vielleicht in officiellen Vertrauensstellungen befindliche Ärzte einer Krankheit gegenüberstehen, die bei einem mässigen Besitz entsprechender Kenntnisse und einiger diagnostischer Sorgfalt meist so früh erkannt werden kann, dass ernste sociale Schädigungen ausbleiben; das gleiche gilt für diejenigen Hausärzte, die mit indifferenten oder schädlichen Eingriffen (zu denen bei beginnender progressiver Paralyse die Kaltwasserproceduren zweifellos gehören) das Initialstadium vertrödeln und damit den Kranken die nötige Zeit lassen, um Vermögen und guten Ruf zu Grunde zu richten.

Wie es richtig ist, dass die Diagnose sofort die Prognose eindeutig bestimmt, so richtig ist es auch, dass nur eine frühe Diagnose Dasjenige an therapeutischer Beeinflussung erlaubt, was überhaupt zu erzielen ist.

Nicht, als ob von arzneilicher Einwirkung eine nennenswerthe Verlangsamung der degnerativen Processe

im Nervensysteme zu erwarten wäre; das ist auch von den immer wieder empfohlenen antiluetischen Eingriffen keineswegs zu erhoffen; die Consequenzen der frühen Diagnose können aber und sollen sein, dass den Kranken der therapeutisch wichtigste Faktor, die absolute Ruhe, geschafft wird, die das Eintreten von Remissionen erfahrungsgemäss begünstigt, und Besserungen sich einstellen lassen kann, die es ermöglichen, die Kranken dann zeitweise ihrem Berufe wiederzugeben.

Diese Ruhe, das Fernhalten von Gemütsbewegungen und von Excessen, zu denen die Krankheit als solche disponiert, ist — von ausnahmeweise günstigen socialen Verhältnissen abgesehen — den Kranken zu Hause nicht zu schaffen; hier kommt meist nur die Anstalt in Betracht, die zugleich durch geordnete Pflege, Verhindern von Suicidversuchen u. s. w. auf die Verlängerung der Lebensdauer hinwirkt. - Auch abgesehen von der Verbringung in eine Anstalt erwachsen dem Arzte durch die Frühdiagnose der progressiven Paralyse bestimmte Aufgaben z. B. in Bezug auf möglichste Verhinderung der oft im Initialstadium in euphorischer Weise geplanten Heirath, gutachtliche Äusserungen in Unfallfragen, sowie bei eventuellem Antrage der Familie auf Entmündigung des betreffenden Kranken.

Die Bezeugung der Notwendigkeit derselben infolge der durch den Geisteszustand beeinträchtigten oder aufgehobenen Dispositionsfähigkeit, wird der Arzt, bei sicher feststehender Diagnose der progressiven Paralyse, fast immer verantworten können.

Die vollzogene Entmündigung schützt den Kranken und seine Familie vor den financiellen Schädigungen, die sonst aus den Käufen, Bestellungen, Verträgen der Paralytiker im Initialstadium oft genug erwachsen.

Bei dem Gutachten in Entmündigungssachen ebenso, wie bei dem im strafrechtlichen Verfahren handelt es sich dem Richter gegenüber in den Frühstadien meist nicht nur um den Nachweis eines quantitativ mehr oder

weniger ausgebildeten intellectuellen Defektes, sondern um die sichere Feststellung der Thatsache des Bestehens der schweren organischen Hirnkrankheit, bei der die zahlreichen, erfahrungsgemäss auftretenden Störungen auch in der affektiven und in der Willens-Sphäre die „Dispositionsfähigkeit" einerseits, die „freie Willensbestimmung" im Sinne des Gesetzes andrerseits meist principiell als ausgeschlossen erscheinen lassen.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdozent Dr. Hocke in Strassburg, Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Medizinalrat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. v. Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdoz. Dr. Windscheid in Leipzig, Dir. Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. **Konrad Alt,**

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe (Altmark).

I. Band. Heft II.

Halle a. S.,
Verlag von Karl Marhold.
1896.

☛ Die Herausgabe dieser Sammlung entstammt der Überzeugung, dass gerade auf diesem Gebiete die meisten derzeit prakticierenden Ärzte so gut wie gar keine Ausbildung genossen haben und sich an ein nachträgliches Fortbilden durch Privatstudium aus Furcht vor der vermeintlichen Schwerverständlichkeit dieses ihnen gänzlich fremden Wissenszweiges nicht einmal herantrauen.

Bei der allgemein anerkannten sozialen Wichtigkeit dieses Specialfaches ist es aber von weittragendster Bedeutung, dass auch das Gros der praktischen Arzte dem Studium der Nerven- und Geisteskrankheiten Interesse entgegenbringt.

Kommen doch gerade dem praktischen Arzte die Anfangsstadien und leichteren Formen nervöser und geistiger Erkrankung zur Beobachtung zu einer Zeit, in der durch rechtzeitiges Erkennen und dementsprechendes Eingreifen eine Heilung ermöglicht oder doch grösseres Unglück von dem Kranken und seinen Angehörigen abgewendet werden kann.

Das neue Unternehmen, welches durch die ständige Mitarbeiterschaft einer grossen Anzahl bekanntester Autoren aus dem Kreise der Neurologen und Psychiater, akademischer Lehrer, Anstaltsleiter und praktischer Nervenärzte gewährleistet ist, bezweckt die wichtigsten Ergebnisse unserer Specialforschung auch dem praktischen Arzt zugänglich, verständlich und wissenswert zu machen und gleichzeitig das Interesse für den Zusammenhang der Nerven- und Geisteskrankheiten mit Allgemeinerkrankungen zu heben. Jedes Heft bringt nur eine Arbeit, die mit Vermeidung allzuweitschweifiger Discussion strittiger Punkte sowie detaillierter Litteraturaufzählung, in klarer, knapper Darstellung den gegenwärtigen Stand einer zeitgemässen Frage aus diesem Gebiete übersichtlich und zusammenfassend behandelt. Bei dem Leser wird nicht mehr Bekanntschaft mit fachwissenschaftlichen Ausdrücken und Begriffen vorausgesetzt, als dies anlässlich der in ärztlichen Vereinen zu haltenden Vorträge gebräuchlich ist.

Bisher erschien:

I. Band, Heft I.

Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse

von

Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg.

Die Erkennung

und

Behandlung der Melancholie

in der Praxis

von

Prof. Th. Ziehen
in Jena.

Halle a. S.,
Verlag von Karl Marhold.
1896.

Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis

von

Prof. Th. Ziehen
in Jena.

Eine derjenigen Psychosen, welche in der Praxis oft genug nicht in ihrem vollen Ernst erkannt wird und deshalb zu schwerem Unglück — Versuchen gegen das eigne Leben, gegen das Leben der eignen Kinder u. a. m. — Anlass giebt, ist die Melancholie. Im Folgenden soll daher kurz die Definition, die Häufigkeit und Aetiologie, die Symptomatologie, der Verlauf, die Prognose und ausführlich die Erkennung und Behandlung, letztere mit besonderer Berücksichtigung der Selbstmordgefahr erörtert werden. Die Litteraturnachweise werde ich auf solche Werke und Arbeiten beschränken, welche zu weiterer Orientirung für den Praktiker besonders geeignet sind.

1. Definition.

Die Definition der Melancholie ist nicht stets in gleicher Weise gegeben worden. Heute verstehen wir unter Melancholie eine Psychose, deren Hauptsymptome folgende sind:

1) primäre traurige Verstimmung oder Depression
2) primäre Verlangsamung des Vorstellungsablaufs oder Denkhemmung.

Das erste Symptom fehlt niemals, das zweite kann vorübergehend unter besonderen später zu erwähnenden Umständen verdeckt werden. Der Sinn beider Symptome bedarf keiner weiteren Erklärung. Ich bemerke nur, dass das Eigenschaftswort „primär" bedeutet „nicht durch anderweitige psychopathischen Symptome hervorgerufen". Es giebt auch eine sekundäre Depression und eine sekundäre Denkhemmung. Wenn ein Verrückter unter dem Einfluss von Verfolgungsvorstellungen oder verfolgenden Stimmen traurig ist, so ist

diese traurige Verstimmung oder Depression sekundär; denn sie ist hervorgerufen durch ein anderes psychopathisches Symptom, nämlich die Vorstellungen bezw. Sinnestäuschungen traurigen Inhalts. Ebenso kennen wir Kranke, deren Denkhemmung sekundär ist. So beobachtet man z. B. unter dem Einfluss fascinirender Halluzinationen eine ausgesprochene Verlangsamung des Vorstellungsablaufs. Auch diese ist sekundär, weil sie an ein anderweitiges psychopathisches Symptom, nämlich z. B. fascinirende Halluzinationen gebunden ist. Dem gegenüber ist die Depression und die Denkhemmung der Melancholie primär. Allerdings kommen zuweilen auch Sinnestäuschungen und oft Wahnvorstellungen im Verlaufe der Melancholie vor. Aber aus dem Studium des Verlaufs und aus der direkten Befragung des Kranken ergiebt sich, dass die Traurigkeit und die Denkhemmung lange vor den Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen aufgetreten sind und dass auch im weiteren Verlauf die Sinnestäuschungen nur ein gelegentliches, nebensächliches Begleitsymptom darstellen und die Wahnvorstellungen geradezu erst sekundär in einer später noch zu erörternden Weise aus der traurigen Verstimmung sich entwickelt haben, während die Depression von Anfang der Krankheit an bestand, kontinuirlich während der ganzen Krankheit anhält und bei sorgfältiger psychologischer Analyse sich stets als primär erweist.

Die Depression und die Denkhemmung der Melancholie sind untereinander coordinirt. Beide verstärken sich gegenseitig, ohne dass man immer entscheiden könnte, ob diese mehr auf jener oder jene mehr auf dieser beruht. Im Allgemeinen lehrt allerdings eine sorgfältige Beobachtung, dass in den meisten Fällen die Depression noch früher auftritt, noch kontinuirlicher und ausgesprochener ist als die Denkhemmung. Insofern zählt man die Melancholie mit Recht zu den affektiven Psychosen, d. h. denjenigen Psychosen, deren primäres Hauptsymptom eine affektive Veränderung ist.

2. Häufigkeit und Aetiologie.

Die offizielle Statistik der Irrenanstalten ist für die Feststellung der Häufigkeit der Melancholie kaum zu verwerthen, weil erstens auf den offiziellen Zählblättern die Melancholie mit der Manie, Paranoia etc. zusammen unter den Begriff der „einfachen Psychosen“ rubricirt ist und zweitens gerade die Melancholie sehr häufig ausserhalb der Anstalt verläuft. In der hiesigen Landesirrenheilanstalt, deren Material mir Herr Prof. Binswanger freundlichst zur Verfügung gestellt hat, sind vom 1. Januar 1886 bis zum 1. Januar 1895 aufgenommen worden

auf der Frauenabtheilung 160 = 16,4 %,
auf der Männerabtheilung 78 = 5,3 % Melancholien.

Dabei habe ich nur diejenigen Fälle mitgezählt, welche der oben aufgestellten Definition vollständig entsprechen. Diejenigen Fälle, wo neurasthenische oder hysterische Symptome vorausgegangen waren oder noch bestanden, habe ich nur mitgezählt, wenn die typischen Symptome, also namentlich eine kontinuirliche motivlose Depression, bestanden. Vereinzelte Angstaffekte kommen oft genug bei der Neurasthenie und bei der Hysterie vor, ohne dass man berechtigt wäre von einer etwa hinzugetretenen Melancholie zu sprechen. Dagegen ist eine kontinuirliche motivlose Depression sowohl der einfachen Neurasthenie wie der einfachen Hysterie fremd, für erstere ist vielmehr die krankhafte Reizbarkeit, für letztere die krankhafte Labilität der Stimmung charakteristisch. Wenn also bei einer Neurasthenie oder Hysterie eine kontinuirliche motivlose Depression oder Angst auftritt, so hat man das Recht anzunehmen, dass eine Complikation von Neurasthenie oder Hysterie mit Melancholie eingetreten ist. Ich werde übrigens die Häufigkeit, spezielle Aetiologie, Behandlung etc. der auf dem Boden einer Hysterie oder Neurasthenie zur Entwicklung gelangten Melancholien später speziell erörtern.

Das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes äussert sich nicht allein in dem soeben gegebenen Zahlenunterschied, sondern auch darin, dass die reinen, ganz unkomplizirten typischen Melancholiefälle bei dem weiblichen Geschlecht

das Hauptkontingent stellen, während unter den Melancholiefällen der Männerabtheilung verhältnissmässig viele komplizirte, atypische Fälle vorkommen.

Die Häufigkeit der Melancholie im Allgemeinen wird durch diese Zahlen noch nicht in adäquater Weise ausgedrückt. Es bleibt nämlich zu berücksichtigen, dass gerade die Melancholie nicht selten ausserhalb der Anstalt verläuft. Ich habe deshalb den Prozentsatz der mir ausserhalb der Anstalt zu Gesicht gekommenen Nerven- und Geisteskrankheiten an Melancholien bestimmt. Derselbe beläuft sich auf 7,2 %.

Nicht uninteressant ist auch, die Herkunft der Melancholischen mit derjenigen z. B. der Paranoischen zu vergleichen. Dabei ergiebt sich, dass die ländliche Bevölkerung einen wesentlich grösseren Prozentsatz an Melancholien liefert als die städtische und dass umgekehrt der Prozentsatz paranoischer Kranken bei letzterer grösser ist.

Die Vertheilung auf die verschiedenen Altersstufen stellt sich nach der Anstaltsaufnahme 1886–1894 folgendermassen dar:

	15–20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50
M.	2	9	2	13	13	2	14
Fr.	3	9	15	20	17	23	27

	50—55	55—60	60—70	70—80
M.	11	5	4	0
Fr.	18	13	10	1

Alle periodischen Fälle habe ich bei dieser Zusammenstellungweggelassen. Die Prädilektionszeit der Melancholie ist offenbar das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt bei dem weiblichen Geschlecht. Für das männliche sind meine Zahlen noch zu klein, doch möchte ich ausdrücklich hervorheben, dass die 9 Fälle im 5. Lustrum mit Ausnahme eines einzigen mit Neurasthenie complizirt waren. Die meisten uncomplizirten Melancholien fallen bei den Männern nach meinen Zählungen auf das 45—55. Lebensjahr. Andrerseits liegt auf der Hand, dass die neuerdings aufgetauchte Behauptung, die Melancholie sei eine „Rückbildungskrankheit", den Thatsachen nicht entspricht.

Unter den prädisponirenden Ursachen der Melancholie steht die erbliche Belastung an der Spitze, wie aus folgender Übersicht hervorgeht:

A. Männliches Geschlecht.

Belastung von Vaterseite lag vor in 17 Fällen (= 21,8 %), worunter in 14 Fällen schwer [1]).

Belastung von Mutterseite lag vor in 13 Fällen (= 16,7 %), worunter in 12 Fällen schwer.

Belastung, unbestimmt von welcher Seite [2]), lag vor in 5 Fällen (= 6,4 %).

Belastung von Vater- und Mutterseite lag vor in 7 Fällen (= 0,9 %).

Belastung war bestimmt auszuschliessen in 8 Fällen (= 10,0 %).

B. Weibliches Geschlecht.

Belastung von Vaterseite in 27 Fällen (= 16,9 %), in 24 Fällen schwer.

Belastung von Mutterseite in 33 Fällen (= 20,6 %), in 27 Fällen schwer.

Belastung, unbestimmt von welcher Seite, in 15 Fällen (= 9,4 %).

Belastung von Vater- und Mutterseite in 20 Eällen (= 12,5 %), in 18 Fällen schwer.

Belastung fehlte bestimmt in 18 Fällen (= 11,3 %).

In den übrigen Fällen waren die Angaben über Heredität so lückenhaft oder so unbestimmt, dass die Belastung fraglich blieb, doch glaube ich, dass unter diesen Fällen erheblich mehr unbelastete als belastete anzunehmen sind, da die Lücken der Stammbäume oft nicht gross waren. In denjenigen Fällen, welche oben als bestimmt unbelastet aufgeführt wurden, lag ein vollständiger, von mir selbst aufgenommener Stammbaum bis zur grosselterlichen Generation (incl.) vor. Trunksucht der Ascendenten war nur in 5 Fällen nachgewiesen, doch ist zu berücksichtigen, dass

1) Als leicht habe ich eine Belastung gezählt, welche lediglich auf Kopfschmerzen, Charakteranomalien, Gicht, Diabetes des Vaters oder der Mutter beruht.

2) Es sind dies vorzugsweise Fälle, in welchen nur bei einem oder mehreren Geschwistern Psychosen oder Neurosen nachzuweisen waren.

gerade diese oft von den Angehörigen verschwiegen wird. Auffällig oft findet sich gleichartige Vererbung. Bei 4 männlichen Melancholischen hatte der Vater, bei 4 weiteren die Mutter gleichfalls an Melancholie gelitten, desgleichen bei 4 weiblichen Melancholischen der Vater und 8 weiblichen Melancholischen die Mutter (in summa bei 8,4 %). Noch auffälliger gestalten sich die statistischen Ergebnisse, wenn man alle diejenigen Fälle zusammenstellt, in welchen Melancholie oder Selbstmord bei irgend einem blutsverwandten Familienglied sich nachweisen lässt: ich habe solcher Fälle 48 (15 und 33) = 20,2 % gefunden. In einem Fall waren in der Familie 6 Erkrankungen an Melancholie und 3 Selbstmorde vorgekommen.

Ausser der Erblichkeit spielen jugendliche Hirnerkrankungen eine prädisponierende Rolle. Sie waren in 6 Fällen beim männlichen und in 5 Fällen beim weiblichen Geschlecht nachzuweisen. In zwei weiteren Fällen war in der Jugend eine typische Chorea minor aufgetreten. Einen sehr leichten angeborenen Schwachsinn bezw. Beschränktheit constatirte ich bei 9 weiblichen Kranken. Neurasthenie war der Melancholie bei 11 männlichen und 9 weiblichen Kranken vorausgegangen, Hysterie bei 3 weiblichen Kranken. Auffällig oft tritt Migraene unter den persönlichen Antecedentien der weiblichen Kranken auf (10 Fälle = 6,3 %). Endlich ist bekannt, dass auch das Temperament eine leichte Prädisposition abgiebt. Bei 15 weiblichen und 4 männlichen Kranken sind solche Temperamentsanomalien nachgewiesen: meist handelt es sich in diesen Fällen um ein auffällig ängstliches, seltener um ein auffällig reizbares Temperament. Mehrfach wurde mir auch über Anfälle von Pavor nocturnus in der Kindheit berichtet.

Intoxikationen scheinen eine geringe Rolle zu spielen. Chronische Alkoholintoxikation lag bei 5 Männern und 1 Frau vor. Tabackmissbrauch kommt bei 3 männlichen Kranken in Frage.

Das Moment der Erschöpfung spielt in den verschiedensten Gestalten eine Rolle. Erschöpfende sexuelle

Excesse, namentlich excessive Masturbation, könnten in 18 Fällen (12 männliche, 6 weibliche Kranke) in Betracht kommen. Gehäufte Geburten und protrahirte Laktation spielten in je 2 Fällen die entscheidende Rolle, schwere Blutverluste (z. B. klimaktorische Metrorrhagien oder Nachblutung am 11. Tage nach einer Geburt) kommen in 3 Fällen in Betracht. Intellektuelle und körperliche Überanstrengung ist in 27 Fällen (6 M., 21 Fr.) von Bedeutung. Meist ist jedoch die Ueberanstrengung nicht allein und auch nicht hauptsächlich als solche wirksam, sondern sie wirkt namentlich vermöge der mit ihr verbundenen Affektschädigungen (Gefühl der Verantwortlichkeit, der Insufficienz etc.) In 3 Fällen habe ich eine Melancholie unmittelbar nach einer Hunger- bezw. Entfettungskur beobachtet.

Insolation finde ich in einem Fall, Kopftraumen in 8 Fällen (6 M., 2 Fr.) wirksam.

Graviditätsmelancholien habe ich nur 4 in der genannten Zeit beobachtet, Puerperalmelancholien s. str. 11. Bei den letzteren wirkt das Puerperium in sehr verschiedener Weise: bald ist es der mit unehelicher Geburt verbundene Affektshoc (3 F.), bald der mit dem Puerperium verbundene Blutverlust, bald die Erschöpfung nach gehäuften Geburten etc. Der Einfluss der Lactation wurde schon erwähnt.

Gynäkologische Erkrankungen und eingreifende oder langwierige gynäkologische Behandlung sind in 7 Fällen nachweislich von Einfluss gewesen. Ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem Klimakterium war in 8 Fällen plausibel (worunter 2 Fälle klimakterischer Metrorrhagien).

Anderweitige körperliche Krankheiten spielen eine untergeordnete Rolle. In der Regel ist die körperliche Krankheit nicht als solche der wirksame Faktor, sondern sie wirkt meist vermöge der damit verknüpften Affekte der Sorge, Furcht etc. Die folgende Zusammenstellung umfasst beide Geschlechter:

Panaritium	1	Fall
Carcinoma mammae	1	„
„ uteri	1	„

Gonorrhoe	1 Fall
Cystitis	2 Fälle
Ulcus ventriculi	2 „
Magendarmkatarrh	4 „
Vitium cordis	2 „
Ak. Gelenkrheumatismus	3 „
Tuberculosis pulm.	1 „
Influenza	5 „
Nephritis	1 „
Diphtherie	1 „
Pharyngitis chron.	1 „
Ekzem	1 „
Augenerkrankungen	1 „
Syphilis	5 „

Alle seither aufgeführten Ursachen — mit Ausnahme der Erblichkeit — treten an Bedeutung gegenüber Gemüthserschütterungen zurück. Ich zähle unter den männlichen Kranken nicht weniger als 29 (= 37,2%) und unter den weiblichen 71 (= 44,4%), bei welchen ein einmaliger Affektstoss oder protrahirte Affektschädigungen von entscheidendem Einfluss gewesen sind. Man hat diesen Faktor oft mit Unrecht gering geschätzt. Ich habe stets besonders darauf geachtet, ob schon vor dem Affektstoss etwa eine krankhafte Depression bestanden hat. In den soeben bezeichneten Fällen traf letzteres nicht zu. Die Gemüthsbewegungen, welche eine Melancholie hervorrufen, können der verschiedensten Art sein, doch kehren in auffälliger Häufigkeit ganz bestimmte Affekte bei der ätiologischen Statistik immer wieder. An der Spitze steht Tod und schwere Krankheit eines Angehörigen (Kindes, Ehemanns etc.) Ueberanstrengung bei der Pflege des Kranken spielt zuweilen mit, der Hauptfaktor ist jedoch meist die Sorge, die Angst und die Trauer. Eine auffällig grosse Zahl von Fällen stellten weiterhin die mit der Verlobung verbundenen Affekte. Bald ist es Braut oder Bräutigam, welche zweifeln, ob sie „richtig gewählt", ob sie „das Glück verdient", ob sie den Ansprüchen des ehelichen Lebens gewachsen seien etc., bald ist es die Mutter, welcher Bedenken

aufsteigen, ob sie die Zustimmung zur Verlobung der Tochter nicht zu rasch gegeben und dergl. mehr. Sehr viel seltener sind demgegenüber Hochzeitsmelancholien. Ich habe nur eine ausgeprägt gesehen. Von grosser ätiologischer Bedeutung sind ferner die Affekte, welche mit einem erheblicheren Wechsel in der Lebensstellung oder Lebensweise verknüpft sind (18 Fälle). Die Versetzung an einen anderen Ort, in eine andere Thätigkeit, ein einfacher Umzug kann bei dem Prädisponirten den Ausbruch einer Melancholie herbeiführen. Protrahirte pecuniäre Sorgen spielen nach meiner Zusammenstellung eine geringere Rolle, eine viel grössere hingegen der einmalige pekuniäre Verlust. Ein Stück Vieh stirbt, die Kuh „kalbt unrichtig“, ein Schuldner geht durch und die Melancholie bricht aus. Auch der einfache Schreck ist nicht selten wirksam. Ein Brand, auch wenn er wenig oder keinen Schaden gestiftet hat, und ähnliche Erlebnisse finde ich mehrfach verzeichnet.

Dabei ist stets festzuhalten, dass die Melancholie ebenso wie die meisten anderen Psychosen eine Krankheit mehrerer Ursachen ist. Zwei oder mehrere der aufgezählten Faktoren wirken gewöhnlich zusammen. Sehr häufig findet man z. B. die Trias: erbliche Belastung, Ueberanstrengung, Affektstoss u. s. w.

3. Entwicklung.

Nach der Intensität der Symptome unterscheidet man 2 Hauptformen, die Melancholie s. str. oder Melancholia gravis und die Melancholische Verstimmung oder Hypomelancholie. Die folgende Darstellung bezieht sich zunächst ausschliesslich auf die Melancholie im engeren Sinne.

Zuweilen ist der Ausbruch der Melancholie perakut. Namentlich bei der periodischen Melancholie (s. u.) habe ich zuweilen einen ganz plötzlichen Ausbruch und Krankheitsanstieg, in 2 Fällen begleitet von Schüttelfrost, beobachtet. In den meisten Fällen geht ein kürzeres oder längeres Prodromalstadium voraus: Schlaf und Appetit lassen nach, gelegentlich tritt bereits eine unmotivierte Depression auf, auch klagen die Kranken bereits gelegentlich über leichte Denkhemmung. Oppressionsgefühle auf der Brust erscheinen bereits als Vorboten der späteren Angstaffekte. Der Über-

gang aus dem Prodromalstadium in die vollentwickelte Krankheit vollzieht sich meist sehr jäh. Bald knüpft er an irgend ein Erlebnis, bald an irgend einen fast zufälligen Gedanken des Kranken an. Das den definitiven Ausbruch auslösende Erlebnis ist oft äusserst harmlos. So habe ich eine Frau beobachtet, welche ihr Kind verloren hatte und seitdem die oben angeführten Prodromalerscheinungen zeigte. Eines Nachmittags nahm sie an einer Kaffeegesellschaft teil, die Wirtin gab ihr dabei das letzte Stück Kuchen und sagte dazu: „Den Rest dem Gottlosen". Die Frau wusste wol, dass dies eine scherzhafte, allgemein übliche Redensart ist, aber damals fasste sie die Äusserung im Ernst auf und bezog sie speziell auf sich. Noch an demselben Tage stellten sich intensive Angst und wahnhafte Selbstanklagen ein: Die Krankheit war aus dem Prodromalstadium mit einem Schlag in das Akmestadium übergegangen. Der weitere Verlauf entsprach demjenigen einer typischen Melancholie. Eine andere Kranke litt seit vielen Jahren an Retroflexio. Im Klimakterium stellten sich Schmerzen und leichte Parästhesieen in den Beinen ein; sie begab sich daher in gynäkologische Behandlung. Da letztere ihre Beschwerden nicht beseitigte, war sie sehr besorgt, schlief schlechter, hatte wenig Lust zur Beschäftigung im Hause und ass weniger. Eines Tages klagte sie dem Frauenarzt wieder und dieser äusserte: wenn sie glaube, der Rücken sei nicht gesund, dann müssten ganz andere Symptome bestehen. Alsbald stellte sich Angst ein; zu Hause schlug sie in einem populären Buch den Artikel Rückenmarkskrankheiten nach und fand, dass solche von Masturbation herrühren könnten. Sofort fiel ihr ein, dass sie als Mädchen masturbiert hatte, und damit war die hypochondrische Wahnvorstellung eines Spinalleidens und die wahnhaft übertriebene Selbstanklage der Masturbation gegeben. Seit jenem Tage verlor die Kranke ihre Angst und ihre Wahnvorstellung bis zu ihrer Genesung nicht. Neben diesen Fällen finden sich andere, in welchen das Prodromalstadium ganz allmählich sich zum Akmestadium weiter entwickelt: Die Depression wird immer kontinuir-

licher, immer öfter und immer intensiver stellen sich Angstanfälle ein, und Hand in Hand mit der affektiven Veränderung finden sich die charakteristischen Wahnvorstellungen der Melancholie ein.

4. Symptome des Höhestadiums.

Das Haupt- oder Höhestadium der Melancholie ist wie bei der Definition der Krankheit bereits erörtert wurde, durch 2 Hauptsymptome charakterisiert, die Depression und die Assoziationshemmung. Für die Melancholie s. str. oder Melancholia gravis ist weiterhin charakteristisch, dass zu der einfachen Depression noch Angstaffekte hinzutreten, und dass letztere oft ihrerseits zu bestimmten sekundären Wahnvorstellungen Anlass geben. Bei der einfachen melancholischen Verstimmung treten Angstaffekte und sekundäre Wahnvorstellungen nicht auf.

Die Depression ist stets kontinuirlich, wechselt aber der Intensität nach oft innerhalb ziemlich weiter Grenzen. Die Angst ist gleichfalls meist kontinuirlich, seltener tritt sie anfallsweise auf, aber auch wenn sie kontinuirlich ist, verstärkt sie sich doch bei den meisten Kranken anfallsweise. Man kann insofern daher bei den meisten Kranken doch von Angstanfällen reden. Bald treten letztere vorwiegend Morgens auf, bald vorwiegend nach den Mahlzeiten (so z. B. sehr oft in der Ruhezeit nach dem Mittagessen), etwas seltener Abends und Nachts. Mitunter schliessen sie sich direkt an jedes Aufwachen an. Während die einfache Depression in der Regel nicht von körperlichen Empfindungen begleitet ist, fehlen letztere der Angst selten. Die Kranken geben in vielen Fällen direkt an, dass sie die Angst in der Herzgegend oder auf der ganzen Brust oder auf der Magengrube empfinden und das Gefühl der Atmungsbehinderung (Oppression) haben; man bezeichnet diese Form der Angst auch als Praecordialangst. Andere fühlen die Angst namentlich im Kopf oder im Hals. Im ersteren Fall habe ich schon die Angabe gehört, dass die Angst sich mit einem Gefühl des Drehens oder des Schwindels

verknüpfe. Die körperliche Begleitempfindung der Halsangst ist meist ein krampfhaftes Gefühl der Zusammenziehung (Constriktion) im Hals. Sehr oft hört man auch, dass die Angst aus der Brust wie ein heisser Strom zum Kopf aufsteige. Auch die Lokalisation der Angst in das Abdomen ist garnicht selten. In einem Fall, in welchem die Sorge um ein übrigens harmloses und fast geheiltes Blasenleiden (Cystitis) die Melancholie hervorgerufen hatte, versetzte die Kranke mit der grössten Bestimmtheit ihre Angst stets in die Blasengegend. Seltener ist die Lokalisation der Angst in die Extremitäten. So fühlte z. B. die oben erwähnte an Retroflexio uteri leidende Kranke die Angst vorzugsweise in den unteren Extremitäten. In einem Fall habe ich auch — ohne nachweisbare Veranlassung — die Lokalisation der Angst in einem Arm beobachtet. Die Dauer des einzelnen Angstanfalls schwankt innerhalb der weitesten Grenzen, bald ist er minutenlang bald stundenlang.

Bei vielen Kranken tritt von Anfang an die Depression vergesellschaftet mit Angst auf, bei anderen geht der Depression mit Angst ein Stadium reiner Depression (ohne Angst) voraus.

Die Assoziationshemmung ist nicht stets in demselben Masse ausgesprochen. Sie äussert sich sowol in der Verlangsamung des Vorstellungsablaufes wie in der Verlangsamung der willkürlichen Bewegungen. Nur die von der Angst selbst hervorgerufenen Bewegungen und Vorstellungen bleiben von der allgemeinen Assoziationshemmung verschont. So erklärt es sich, dass Kranke, welche die einfachsten Fragen nach ihren Personalien, aus dem Einmaleins, aus der vaterländischen Geschichte garnicht oder nur sehr langsam beantworten und die einfachsten Bewegungen, zu welchen man sie auffordert, garnicht oder höchst langsam ausführen, im Stunden oder Minuten intensiverer Angst mit grösster Hast jammern, sich hin- und herwerfen und mit grösster Schnelligkeit einen Selbstmordversuch ausführen.

Die Wahnvorstellungen der Melancholie sind sekundär, insofern sie erst nach der Affektstörung (De-

pression und Angst) und in Abhängigkeit von der Affektstörung und zwar namentlich in Abhängigkeit von der Angst auftreten. Man hat sie geradezu als Erklärungsversuche der Angst bezeichnet. Wenn der Melancholiker die Wahnvorstellung bildet, er habe einen Mord begangen, so dachte man sich den psychologischen Hergang folgendermassen: Der Kranke bemerkt seine Angst, erinnert sich, dass gewöhnlich der Schuldbeladene Angst fühlt, und schliesst nun, dass er auch schuldbeladen sei. So logisch-schematisch vollzieht sich jedoch in Wirklichkeit die Entstehung der melancholischen Wahnvorstellung fast niemals. Allerdings hört man zuweilen von den Kranken selbst, sie fühlten „eine Herzensangst, als ob sie einen Mord auf dem Gewissen hätten“ und beobachtet dann, dass solche Kranke nun ihre ganze Vergangenheit durchgrübeln, ob sie je ein Verbrechen begangen; dabei geraten sie schliesslich auf einen harmlosen Vorgang, der unter dem Einfluss ihrer Angst sich ihnen mehr und mehr zu einem Verbrechen umgestaltet. In vielen Fällen fehlt jedoch auch diese unbewusste Logik. Der Kranke hat irgend ein zufälliges Erlebnis, er hört eine Äusserung, beobachtet an seinem Körper irgend etwas etc., oder hat einen Einfall, welchen er in gesunder Zeit garnicht beachten würde. In seiner krankhaften Depression und Angst deutet er die Äusserung und den Einfall zu einer Wahnvorstellung um. Nach meiner Beobachtung ist dies die häufigste Entstehung der melancholischen Wahnvorstellungen. Eine Kranke hat ihr Kind verloren. Sie grämt sich darüber auffällig lange und intensiv. Die Prodromalsymptome der Melancholie entwickeln sich mehr und mehr. Sie muss immer wieder an die Krankheit des Kindes denken, immer wieder sich überlegen, wie es zu dem traurigen Ausgang gekommen. Ganz natürlich fällt ihr dabei auch ein: ist denn irgend etwas versehen oder versäumt worden? Bei normaler Affektlage würde sie diese Frage sofort zurückweisen. Jetzt knüpft sich in Folge der krankhaft veränderten Stimmung sofort der Gedanke an: Du hast die Arznei unpünktlich gegeben. Bei normaler Affektlage

hätte die Kranke sich sofort gesagt: der Gedanke ist ganz thöricht; wenn auch einmal die Arznei etwas später gegeben worden ist, so kann dies nicht zum tötlichen Ausgang geführt haben. In Folge der krankhaften Stimmungslage wird der Gedanke ohne weitere Kritik ergriffen und festgehalten. Die Angst bemächtigt sich des Gedankens, gestaltet ihn zur Wahnvorstellung aus und lässt ihn nicht mehr los. Alle Gegengründe des Arztes und der Angehörigen sind ebenso machtlos wie die normalen Erinnerungen der Kranken. Die Wahnvorstellung ist vermöge ihrer Wurzelung in der pathologischen Affektlage stärker. Erst wenn letztere bei der Genesung verschwindet, verfällt auch die Wahnidee.

Bald kann man im Verlauf der Krankheit deutlich 2 Stadien verfolgen, ein erstes der reinen Depression mit Angst und ein zweites der Depression und Angst mit sekundären Wahnvorstellungen, bald beobachtet man ein erstes Stadium der reinen Depression, in welchem Angst nur vereinzelt und leicht auftritt, und in einem zweiten Stadium ein fast gleichzeitiges Einsetzen gehäufter und intensiver Angst und sekundärer Wahnvorstellungen. Das erste Stadium erscheint in letzterem Fall oft als Prodromalstadium in dem oben angegebenen Sinne. Besonderer Hervorhebung bedarf es schliesslich, dass nicht jede Melancholia gravis zu sekundären Wahnvorstellungen führen muss. Gelegentlich beobachtet man auch eine ausgeprägte Melancholie mit intensiver Angst und Depression ohne jede sekundäre Wahnvorstellung.

Der Inhalt der Wahnvorstellungen wechselt sehr, am häufigsten sind folgende:

a. Wahnvorstellungen der Versündigung,
b. Hypochondrische Wahnvorstellungen,
c. Wahnvorstellungen der Verarmung.

Oft knüpft die Wahnvorstellung unmittelbar an die Krankheitsveranlassung an. Dahin gehört z. B. die wahnhafte Selbstanklage, die Pflege eines kranken und verstorbenen Angehörigen vernachlässigt zu haben. Die hypochondrischen Vorstellungen knüpfen meist an eine zufällige

Beobachtung am eigenen Körper an. So sah ich einen Kranken, welcher an eine Angina die Wahnvorstellung „unheilbarer Syphilis“ knüpfte: er hatte in der That vor vielen Jahren eine Syphilis überstanden, aber zur Zeit lag nur eine völlig harmlose Angina vor. Keine Gegenversicherungen halfen. Auch das völlige Abheilen der Angina überzeugte ihn nicht. Fast alle 10 Minuten betrachtete er seine Mundhöhle im Spiegel und glaubte immer wieder ein weisses Fleckchen etc. zu finden. Erst mit der Heilung der Melancholie schwand die Wahnvorstellung. Die Wahnvorstellung der Verarmung knüpft in anologer Weise oft an einen Vermögensverlust an, welcher der Krankheit als auslösende Veranlassung vorausgegangen ist.

Die Zahl der Wahnvorstellungen im einzelnen Fall ist sehr verschieden. Viele Melancholische produziren während des ganzen Krankheitsverlaufs nur eine einzige Wahnvorstellung, z. B. einer unheilbaren Tuberkulose oder einer Versündigung gegen Gott etc., und die Wahnbildung beschränkt sich darauf, dass die Kranken viele Vorgänge weiterhin vom Standpunkt dieser Wahnvorstellung deuten. So kannte ich eine Kranke, welche an Darmfrass zu leiden behauptete und jeden Augenblick zu sterben glaubte. Wenn die Pflegerin nach ihr sah, deutete sie dies dahin, man wolle nachsehen, ob sie nicht schon todt sei. Als ihr Kopfkissen einmal etwas niedriger gelegt worden war, deutete sie dies dahin, man wolle ihr schon die Lagerung einer Todten geben und dergl. mehr. Andere Kranke concipiren mehrere und selbst zahlreiche Wahnvorstellungen: so häufen manche Kranke die verschiedensten Selbstanklagen auf sich oder — wenn auch seltener — wähnen sie allenthalben eine tödtliche Krankheit. Auch die Kombination von Versündigungs- und Verarmungswahn, Versündigungs- und Krankheitswahn (z. B. bei Masturbanten) kommt öfters vor. Sehr oft beobachtet man ein An- und Abschwellen der Wahnvorstellungen in Abhängigkeit von den Intensitätsschwankungen der Angst.

Zuweilen kommen zu den soeben beschriebenen Wahnvorstellungen noch andere hinzu, welche Ergänzungen der

ersteren darstellen. Ich habe sie daher als complementäre Wahnvorstellungen bezeichnet. Theils sind es complementäre Grössenideen theils complementäre Verfolgungsideen. Die ersteren entwickeln sich nach dem psychologischen Gesetz des Kontrastes. Um seine augenblickliche Schuld, Krankheit bezw. Verarmung recht grell darzustellen, behauptet der Kranke, er sei früher unendlich gut, gesund und glücklich gewesen. Bei einem 23jährigen Kandidaten der Theologie beobachtete ich an Messiaswahn erinnernde complementäre („contrastirende") Grössenvorstellungen. Er äusserte z. B. Folgendes: „Mein Leben ist ruinirt. Ich hab' mir Entsetzliches vorzuwerfen. Ich habe Gott geflucht. Ich fühle, dass der Tod in meiner Brust ist. Ich bin der Sohn des Verderbens, das Verderben selbst, ich bin die Lüge. Ich bin der Namenlose, der die Welt hätte erretten können und das Gegenteil gethan hat. Ich habe mich selbst verflucht. Der Fluch ruht auf mir. Ich werde immer kleiner. Das ist der Fluch der bösen That. Wir wären jetzt alle glücklich, hätte ich meine Allmacht benutzt. Ich war der heilige Geist. Die ganze Welt ist in Unglück und Entsetzen. Ich habe den heiligen Geist getödtet u. s. f.". Ganz ähnlich sagte mir eine weibliche Melancholische: „ich war ein Engel, und jetzt bin ich der böse Geist. Noch häufiger sind die complementären Verfolgungsideen. Der Kranke bezichtigt sich z. B. eines Meineides. 8 Tage später behauptet er, der Staatsanwalt habe einen Steckbrief gegen ihn erlassen, die Polizei sei ihm auf den Fersen und dergl. mehr.

Einen schwachsinnigen Inhalt haben die Wahnvorstellungen in der Regel nicht, insofern der Kranke aus seiner Wahnvorstellung korrekt weitere Schlüsse zieht und seine Wahnvorstellungen mit Scheingründen oft sehr geschickt zu vertheidigen weiss. Nur wenn Angeboren-Schwachsinnige, wie dies gelegentlich vorkommt, an Melancholie erkranken, kommt natürlich der angeborene Intelligenzdefekt auch oft in ihren Wahnvorstellungen zum Ausdruck.

In seltenen Fällen werden auch bei Vollsinnigen die melancholischen Wahnvorstellungen so masslos, dass man

geneigt sein könnte, einen Intelligenzdefekt anzunehmen, wenn nicht die Motivirung der Wahnvorstellungen auch in diesen Fällen die Intaktheit der Intelligenz erkennen liesse. So führe ich z. B. folgende Wahnvorstellungen einer Melancholischen an: „Ich hab' die Mutter Gottes betrogen. Ich hab' Adam und Eva betrogen. Auch die Felder hab' ich betrogen. [Inwiefern?] Ich hab' auf dem Feld gegrast, das mir nicht gehört hat. Ich hab' auch Jesus und die 12 Apostel betrogen. Ich hab' alles missbraucht. Ich hab' von allen Bäumen der Welt gekostet. Adam und Eva haben doch nur von einem gekostet. Ich hab' den Leuten alles genommen. Das (deutet auf den Wiederschein der Lampe) bedeutet auf mich. Das ist der Mond oder die Sonne, das bedeutet, dass ich die betrogen habe. Die Welt geht unter. Der Himmel senkt sich. Da bin ich schuld". Französische Autoren haben solche masslosen Wahnvorstellungen auch ganz zweckmässig als Délire d' énormité bezeichnet. Endlich beobachtet man in seltenen Fällen auch Vorstellungen der Thierverwandlung, sog. zoanthropische Vorstellungen. So kannte ich z. B. einen Kranken, welcher in der hiesigen Anstalt zweimal wegen typischer Melancholie Aufnahme gefunden hatte. Im ersten Krankheitsanfall behauptete er in einen Hund verwandelt zu sein; ausserdem bestanden Wahnvorstellungen der Versündigung.

Gegenüber den seither besprochenen Hauptsymptomen — Depression und Angst, Assoziationshemmung und sekundären Wahnvorstellungen — treten die übrigen psychischen Symptome zurück. Halluzinationen und Illusionen gehören nicht zu den konstanten oder auch nur zu den häufigen Symptomen der Melancholie. Man beobachtet sie nur in etwa einem Zehntel aller Fälle. Sie treten erst im späteren Verlaufe und nur gelegentlich auf. Am häufigsten sind Akoasmen und zwar namentlich solche, welche der Kranke in seinem Innern, bald im Kopf bald in der Brust bald im Abdomen zu hören glaubt. Ihr Inhalt entspricht gewöhnlich den Affekten bezw. den aus ihr hervorgegangenen Wahnvorstellungen. So sagt „der liebe Gott" z. B. zu einer

Kranken, „sie solle sich das Leben nehmen, sonst komme der jüngste Tag.“ Die sinnliche Lebhaftigkeit dieser Stimmen ist meist nicht gross. Oft vermögen die Kranken selbst nicht zu unterscheiden, ob Gott die Worte ihnen „nur in die Gedanken gegeben habe“, oder ob sie dieselben wirklich gehört haben. Noch seltener sind Visionen (blasse Gesichter, Fratzen, Teufel etc.) und Täuschungen der übrigen Sinne.

Das äussere Bild, welches die Melancholischen gewähren, ist nicht so einheitlich und gleichförmig, wie man es vielleicht nach der Konstanz der Hauptsymptome erwarten könnte. Es hängt dies damit zusammen, dass die Angst bei den verschiedenen Individuen und zuweilen auch bei demselben Individuum zu verschieden Zeiten das motorische System sehr verschieden beeinflusst. Bald verstärkt sie die ohnehin bestehende Hemmung, bald bedingt sie umgekehrt heftige motorische Erregung, die Agitation der Angst. Die Hemmung kann sich entweder einfach als allgemeine Resolution darstellen oder mit allgemeiner Spannung der ganzen Körpermuskulatur verbunden sein. Auf Grund dieser verschiedenartigen motorischen Reaktion auf die Affektstörung hat man oft 3 Formen der Melancholie unterschieden, nämlich

1) die Melancholia passiva: Resolution herrscht vor,
2) die Melancholia attonita: Spannung der Körpermuskeln herrscht vor.
3) die Melancholia agitata: Agitation herrscht vor.

Bei der Melancholia passiva liegt die Kranke schwer in den Kissen. Hebt man eine Extremität in die Höhe, fällt sie nur der Schwerkraft folgend fast wie das Glied einer Leiche auf die Unterlage zurück. Willkürliche Bewegungen führt die Kranke spontan in den schwersten Fällen garnicht aus, in allen Fällen jedoch sehr langsam und kraftlos. Bei der selteneren Melancholia attonita beobachtet man die verschiedensten Spannungszustände. Sehr häufig ist eine regungslose Rückenlage, bei welcher der Kopf von dem Kissen krampfhaft abgehoben ist. Stundenlang harrt der Kranke in dieser Stellung aus. Die Ex-

tremitäten sind bald starr ausgestreckt, bald in allen Gelenken gebeugt. Willkürliche Bewegungen sind noch seltener als bei der passiven Form. Fordert man den Kranken zu Bewegungen auf, so löst sich höchstens momentan die Spannung, und ruckweise führt der Kranke vielleicht schliesslich eine einfache, ihm aufgetragene Bewegung aus. Passive Bewegungen stossen auf starken Widerstand. Zuweilen beobachtet man auch die sog. Flexibilitas cerea (wächserne Biegsamkeit), d. h. die Glieder des Kranken behalten jede Stellung, welche man ihnen gibt, geraume Zeit unverändert bei. Der Gesichtsausdruck ist bei der passiven Melancholie mehr einfach traurig, bei der M. attonita vorwiegend angstvoll. Die Sprechbewegungen sind bei beiden durchweg ebenso selten und langsam wie alle anderen Bewegungen. Bei der M. attonita besteht oft tage- und wochenlang absoluter Mutismus. Ganz anders gestaltet sich das Bild der Melancholia agitata. Hier ist die Angst stärker als die Assoziationshemmung. Es kommt daher zu den mannigfachsten Ausdrucksbewegungen der Angst. Im einfachsten Fall beschränken sie sich auf ein leiseres oder lauteres Jammern. Oft kauen oder zupfen die Kranken an den Fingerbeeren. Andere Kranke kratzen und reiben sich allenthalben den Körper wund[1]). Andere machen mit der einen Hand melkende Bewegungen an den Fingern der anderen Hand. Diese wälzen sich unruhig umher, jene führen stundenlang wiegende Bewegungen des Oberkörpers aus. Im letzteren Falle betheiligen sich oft auch die Arme in einer Weise, dass das Bild einer Ruderbewegung entsteht. Manche Kranken arbeiten vorzugsweise mit den Beinen. Zuweilen kommt es zu fast rythmisch alternierenden Streck- und Beugebewegungen in den grossen Beingelenken. Auch einen fast rhythmischen Wechsel von Beugung und Streckung im Fussgelenk, welcher an Dorsalklonus erinnerte, habe ich gelegentlich beobachtet. Sehr viele Kranke treibt der Angstaffekt

1) Diese Reibbewegungen der Angst können auch zu Masturbation führen. 5 der statistisch verwertheten Fälle zeigten solche Masturbation der Angst.

aus dem Bett heraus. Sie irren dann ruhelos umher, bald in Worten jammernd bald in unartikulierten Tönen schreiend. Man bezeichnet dies auch als die Tobsucht der Angst. Aufgetragene Bewegungen führen solche Kranken öfter und auch rascher aus als die vorerwähnten Kranken der passiven und gespannten Form. Auch Verunreinigungen sind bei letzteren viel häufiger als bei ersteren. Die Nahrungsaufnahme ist bei allen 3 Formen sehr oft mangelhaft. Bei der passiven unb gespannten Form tritt die Hemmung hindernd in den Weg, bei der agitirten Form lässt die Angst den Kranken nicht die erforderliche Ruhe zum Essen. Dazu kommt bei allen 3 Formen, dass oft Wahnvorstellungen theilweise oder vollständige Verweigerung der Nahrungsaufnahme bedingen. Der Kranke sagt: „ich bin zu schlecht, ich darf nicht essen“ oder „ich bin zu arm, ich kann das Essen nicht bezahlen“ oder „ich bin zu krank, das Essen bekommt mir nicht“ oder „das Essen hilft mir doch nichts mehr.“ Selbstmordversuche kommen gleichfalls bei allen 3 Formen vor. Relativ seltener sind sie bei der passiven Form, doch kommen sie gelegentlich auch hier vor. Am gefährlichsten sind sie bei der Melancholia attonita, weil der Pfleger sie in Anbetracht der scheinbaren Ruhe der Kranken nicht erwartet und daher die Ueberwachung leicht vernachlässigt. Ganz plötzlich kann bei diesen Kranken ein schwerer Angstaffekt die Hemmung durchbrechen und mit jäher Geschwindigkeit ein Selbstmordversuch erfolgen. Ueberhaupt bedarf es der Hervorhebung, dass die Unterscheidung einer passiven, agitirten und gespannten Form keineswegs scharf ist. In vielen Fällen beobachtet man einen Wechsel des motorischen Zustandes. Passive, agitirte und gespannte Zustände lösen sich ab. Endlich existieren auch viele leichtere Fälle, in welchen die Reduktion der willkürlichen Bewegungen nicht sehr erheblich und andrerseits auch die Agitation nicht sehr intensiv ist. Selbstmordversuche kommen auch in solchen Fällen nicht selten vor.

Auch zu gewaltthätigen Handlungen kann die Angst gelegentlich führen. Erst kürzlich beobachtete ich einen

60 jährigen emeritirten Lehrer, welcher in einem Augstanfall sich auf die überwachende Krankenschwester stürzte und sie am Hals packte und würgte. Eingestandenermassen wollte der Kranke die Pflegerin beseitigen, um dann sich selbst das Leben nehmen zu können. Er genas später vollständig. Ein anderer Fall ist zu meiner Kenntniss gekommen, in welchem ein Melancholiker plötzlich seinem Pfleger einen Fusstritt versetzte, dass er besinnungslos niederstürzte, dann eine Fensterscheibe zertrümmerte und mit den Glasscherben die A. radialis durchschnitt. Er ging an Verblutung zu Grunde. Noch öfter hat man bei Müttern, welche an Melancholie erkrankt waren, beobachtet, dass sie im Angstanfall ihre eigenen Kinder tödteten. Auch Brandstiftungen hat man bei Melancholischen (z. B. bei jugendlichen, in Melancholie verfallenen Dienstmädchen) beobachtet. Meist liegen ganz unbestimmte Angstvorstellungen zu Grunde: alles sei verloren, die Welt gehe unter, alles müsse zu Grunde gehen etc. Seltener ist es die bestimmte Vorstellung: ich will die Kinder vor dem Verhungern schützen, sie sollen nicht schlecht und elend werden wie ich etc. Auch an solchen Kindermord oder an solche Brandstiftung reiht sich meist direkt ein Selbstmordversuch an.

Körperliche Symptome fehlen bei der Melancholie sehr selten. Der Schlaf ist oft sehr ungenügend, auf der Höhe der Krankheit kann er ganz fehlen.

Appetit und Hunger fehlen oft ganz. Auch ohne Abstinenz und ohne Agitation sinkt der Ernährungszustand meist sehr erheblich. Die Salzsäuresekretion des Magens ist zuweilen, die Speichelsekretion oft herabgesetzt. Fast regelmässig besteht eine hartnäckige Obstipation. Der Stuhlgang kann bis zu 2 Wochen ganz ausbleiben. Die Zunge ist fast stets stark belegt. Oft besteht starker Foetor ex ore.

Die Respiration ist bei der passiven Form öfter verlangsamt. Sehr oft beobachtet man als Ausdruck der Angst bezw. der sie begleitenden Oppressionsempfindungen ein tiefes Aufathmen. Bei der agitirten Form ist die Respiration

unregelmässig beschleunigt, oft keuchend oder schnaubend. In einem solchen Falle habe ich vorübergehend 150 Athemzüge pro Minute gezählt.

Die Herzthätigkeit ist bei der passiven Form meist verlangsamt. In einem Fall sank die Pulsfrequenz bis auf 48. In schweren Angstanfällen, namentlich bei der agitirten Form, herrscht Beschleunigung vor. Die peripherischen Arterien sind meist eng contrahiert. Daher die kühlen Hände der Melancholischen. Nicht selten wird auch Amenorrhoe beobachtet.

Die Zusammensetzung des Urins scheint nicht wesentlich verändert.

Neuropathologische Symptome im engeren Sinne fehlen ganz. Nur wenn Complikationen mit Neurasthenie oder Hysterie vorliegen, wird man natürlich auf die bekannten Symptome dieser beiden Krankheiten gefasst sein müssen.

5. Ausgang.

Der Verlauf der typischen Melancholie ist gewöhnlich kontinuirlich, selten remittirend und erstreckt sich meist — rechtzeitige, zweckmässige Behandlung vorausgesetzt — über 4—6 Monate. Gelegentlich — namentlich bei verspäteter unzweckmässiger Behandlung — währt die Krankheit auch 9 Monate, 1 Jahr und noch länger. Gerade diejenigen Fälle, welche weniger intensive Symptome zeigen, beanspruchen oft besonders lange Zeit bis zur Genesung. Der Übergang in Heilung vollzieht sich zuweilen fast kritisch. Gerade bei den schwersten Fällen ist dies nicht selten. Zuweilen fällt die Krisis mit dem Wiedereintritt der auf der Krankheitshöhe ausgebliebenen Menses zusammen. In anderen Fällen bilden sich die Wahnvorstellungen, Affektstörungen und Hemmungen allmählich zurück. Leichte Reexacerbationen sind im Verlauf der Reconvalescenz häufig. Seltener erfolgt unmittelbar nach oder noch während der Reconvalescenz ein völliger Rückfall.

Bei glücklichem Ausgang entwickelt sich oft ein Nachstadium im Sinne einer sog. reaktiven „Hyperthymie“ d. h.

einer leicht in das Krankhafte gesteigerten Heiterkeit. Die Kranken sind auffällig heiter und lebhaft, sprechen, arbeiten und planen mehr als früher in gesunden Tagen. In einigen Tagen oder Wochen gleicht sich diese reaktive Affektstörung wieder aus.

Ausser dem Ausgang in volle Heilung beobachtet man folgende Ausgänge:

1. In Heilung mit Defekt.
2. In Tod (interkurrente Krankheiten, Selbstmord).
3. In sekundären Schwachsinn.
4. In chronische Melancholie.
5. In sekundäre Paranoia.

Bei Anstaltsbehandlung tritt in fast 90% aller Fälle völlige Genesung ein. Der thatsächliche Gesammtprocentsatz der Genesungen stellt sich nur deshalb viel ungünstiger, weil die Angehörigen oft die Anstaltseinlieferung unterlassen oder die Kranken zu früh aus der Anstalt wieder herausnehmen. In 5 zu der letzteren Kategorie gehörigen Fällen habe ich später bestimmt erfahren, dass die Kranken draussen durch Selbstmord zu Grunde gingen. Ausserhalb der Anstalt sind ungünstige Ausgänge, so namentlich der tödtliche Ausgang durch Selbstmord sehr viel häufiger. Unter den 238 Aufnahmen welche der Melancholiestatistik von mir zu Grunde gelegt wurden, sind 38, in welcher ein fast geglückter Selbstmordversuch der Aufnahme unmittelbar vorausging. Eine zuverlässige Statistik der geglückten Selbstmorde melancholischer Kranken ausserhalb der Anstalt steht leider noch aus. In der Anstalt gelang der Selbstmord trotz aller Vorsichtsmassregeln einer Kranken. Unter den interkurrenten Krankheiten ist namentlich die Pneumonie den senilen Melancholien gefährlich (3 Todesfälle).

Heilung mit Defekt ist ein seltener Ausgang. Die Affektstörungen, die Hemmungen und Wahnvorstellungen verschwinden, aber ein genauer Vergleich ergiebt, dass der Kranke eine leicht intellektuelle Einbusse erlitten hat. Compliziertere Begriffe und Urteilsverknüpfungen sind ihm mit der Krankheit verloren gegangen. Dem Laien entgeht

dieser leichte Defekt meist vollständig. Ebenso selten ist der Ausgang in sekundären Schwachsinn (Dementia secundaria). Hier stellt sich ein progressiver Intelligenzdefekt ein, welcher zu völliger Verblödung führen kann. Etwas häufiger ist der Ausgang in chronische Melancholie. Gedächtnis und Urteilskraft bleiben in diesen Fällen intakt. Die Affektstörungen gleichen sich nur teilweise aus. Heftige Angstaffekte bleiben allerdings mehr und mehr aus, aber an Stelle der Angst tritt eine krankhafte Wehleidigkeit. Die Denkhemmung weicht bis zu einem gewissen Grad, aber auf dem Gebiet des Handelns erhält sich eine dauernde Hemmung: die Kranken sind unschlüssig und energielos und daher leistungsunfähig. Viele ergehen sich in monotonem Jammern und unfruchtbaren Selbstanklagen. Endlich ist auch der Ausgang in sekundäre Paranoia nicht häufig. Ich habe nur 3 derartige Fälle beobachtet, von welchen 2 in der obigen Statistik einbegriffen sind. Dieser Ausgang ist dadurch charakterisiert, dass allmählich oder plötzlich massenhafte Halluzinationen und Verfolgungsideen sich einstellen, während die primäre Affektstörung, die Denkhemmung und die melancholischen Wahnvorstellungen mehr in den Hintergrund zurücktreten. Die Intelligenz bleibt intakt. Von den 3 Fällen, welche ich gesehen habe, gingen 2 in chronische halluzinatorische Paranoia über, einer, bei welchem die Transformation des Krankheitsbildes ganz plötzlich stattgefunden hatte, genas vollständig.

Aus dem Angeführten ergiebt sich, dass die Prognose der Melancholie im Allgemeinen sehr günstig ist. Weshalb in einigen wenigen Fällen statt der Heilung Ausgang in Heilung mit Defekt oder sekundäre Demenz oder sekundäre Paranoia oder chronische Melancholie erfolgt, lässt sich heute noch nicht sicher angeben. Zuweilen ist entschieden eine unzweckmässige Behandlung bezw. die Verspätung einer zweckmässigen Behandlung verantwortlich zu machen. Erbliche Belastung scheint für die Prognose bezüglich des einmaligen Anfalles belanglos. Dem Ausgang in chronische Melancholie scheinen namentlich Individuen ausgesetzt,

welche auch vor ihrer Krankheit willensschwach und etwas beschränkt waren. Sonst heilen auch schwere Melancholien gerade bei debilen Individuen zuweilen auffällig rasch.

Eine bedeutsamere Trübung der Prognose liegt in der Neigung der Melancholie zu Recidiven. Nicht wenige völlig genesene Melancholische verfallen bei Einwirkung entsprechender Schädlichkeiten abermals in Melancholie. Die Prognose dieser Recidive ist an sich nicht schlechter als diejenige der ersten Melancholie. Oft vergehen bis zu dem Recidiv 10 und 20 und selbst 30 Jahre, zuweilen nur $^1/_2$ oder 1 Jahr. Es hängt dies namentlich von dem Einwirken oder Nicht-Einwirken der ätiologischen Faktoren ab, welche oben aufgezählt wurden. Die Häufigkeit der Recidive ergiebt sich am schlagendsten aus der Thatsache, dass unter den statistisch verwerteten 238 Fällen sich 34 finden, in welchen schon 1 Anfall von Melancholie vorhergegangen war, 13, in welchen 2, und 5, in welchen mehr als 2 Anfälle vorhergegangen waren. Die periodischen Melancholien (s. u.) sind hierbei nicht mitgezählt. Aus diesen Zahlen ergiebt sich, dass in fast 22% Recidive eingetreten sind, und offenbar würde dieser Prozentsatz noch steigen, wenn die statistische Beobachtung sich über längere Zeit erstreckt hätte.

6. Varietäten.

Die Varietäten, welche man als Melancholia passiva, attonita und agitata bezeichnet, sind bereits erwähnt worden. Auf Grund des Inhalts der sekundären Wahnvorstellungen hat man oft auch eine Melancholia hypochondriaca, religiosa etc. unterschieden. Wichtiger ist die Unterscheidung einiger anderen Varietäten, welche in Folgendem speziell besprochen werden sollen.

a. Melancholische Verstimmung oder Hypomelancholie.

Man versteht darunter diejenige Form der Melancholie, welche als Hauptsymptome nur Depression und Assoziationshemmung zeigt. Die für die Melancholia gravis charakte-

ristischen Angstaffekte und ebenso auch die sekundären Wahnvorstellungen fehlen ganz oder treten nur hin und wieder ohne grössere Intensität auf. Für den praktischen Arzt ist sie ebenso wichtig wie die Hauptform, weil sehr viele dieser Fälle niemals in eine Anstalt gelangen, sondern in der häuslichen Behandlung des Arztes verbleiben. In der That befinden sich unter den 238 Fällen, welche im angegebenen Zeitraum in die psychiatrische Klinik aufgenommen wurden, nur 5 Fälle von Hypomelancholie. In allen 5 handelt es sich um Männer zwischen dem 30. und 60. Jahre. Auch nach meinen Erfahrungen ausserhalb der Klinik kann ich das entschiedene Überwiegen des männlichen Geschlechtes bestätigen. Die spezielle Ursache für den Krankheitsausbruch ist meist Überarbeitung und Gemütserregung (Geschäftswechsel, Vermögensverlust, Verlobung etc.). Die Entwicklung ist meist ziemlich langsam. Die ganze Welt erscheint dem Kranken grau in grau. Sein Beruf, seine Familie, seine Liebhabereien sind ihm zuwider. Der Sinn für Beschäftigung, Reinlichkeit, Toilette scheint erstorben. Die Assoziationshemmung äussert sich zunächst in einer Verlangsamung der geistigen Arbeit. Einfache Fragen beantworten diese Kranken durchweg rasch, aber einen Brief zu schreiben, ein Buch zu lesen, einen längeren Gedanken ganz durchzudenken, fällt ihnen ausserordentlich schwer. Ich habe den Selbstbericht eines solchen Kranken vor mir, worin er klagt, er könne in seinem Geschäft jetzt in 8 Stunden nicht dasjenige leisten, was er sonst in einer geleistet. Ebenso sind die einfachen Einzelbewegungen dieser Kranken — im Gegensatz zur Melancholia gravis — nicht gehemmt. Dagegen sind alle komplizierteren, zusammenhängenden, fortlaufenden motorischen Leistungen sichtlich verlangsamt. Schon bei dem Schreiben macht sich dies bemerklich. Nicht allein die Gedanken fliessen dem Kranken bei seinem Schreiben langsamer zu, sondern auch die Schrift als solche ist weniger fliessend. Namentlich Kaufleute klagen spontan, ihre Schrift sei weniger coulant. Eine Vergleichung von Schriftproben

aus der Zeit vor der Krankheit und aus der Krankheitszeit bestätigt dies. Sehr deutlich tritt dieselbe Erscheinung auch im Gang der Kranken hervor: sie gehen schleifend, in kurzen Schritten, langsam. Aus der Affektstörung und der Assoziationshemmung geht ein weiteres Symptom hervor, welches dem Laien gewöhnlich zuerst auffällt: die Unschlüssigkeit oder Abulie. Die depressive Gefühlsbetonung erstreckt sich auch auf das eigene Ich. Bei der Melancholia gravis führt sie zu ausgesprochenem Kleinheitswahn im weitesten Sinne (Versündigungs-, Krankheits-, Verarmungswahn), bei der Hypomelancholie bedingt sie nur einen pathologischen Mangel an Selbstvertrauen. Dieser genügt jedoch im Verein mit der Assoziationshemmnng vollständig, alles energische Handeln zu verhindern. Die Kranken können die einfachsten Entschlüsse nicht fassen. Beim Ankleiden können sie zwischen ihren Kleidern nicht wählen, die einfachsten Dispositionen im Haushalt (Küchenzettel bei Hausfrauen) vermögen sie nicht zu treffen. Ich kenne Kranke, welche sich nicht oder erst nach sehr langem Zaudern entschliessen konnten, einen Laden zu betreten und einen Gegenstand zu fordern. Entschlüsse im Beruf (geschäftliche Entschliessungen etc.) kommen erst recht nicht mehr zu Stande. Haben die Kranken sich schliesslich einmal zu einem Entschlusse aufgerafft, so bereuen sie ihn sofort wieder und machen ihn wieder rückgängig, um unmittelbar darnach wieder die Widerrufung ihres Entschlusses zu bereuen. Briefe, die nach vieler Mühe zn Stande gekommen sind, werden immer wieder zerrissen und schliesslich, wenn sie glücklich im Briefkasten sind, noch von der Post reklamiert. Bei dieser Sachlage nimmt es nicht Wunder, dass solche Kranken schliesslich Toilette, Haushalt, Beruf vernachlässigen, dringende Briefe nicht beantworten, Termine versäumen, ihre Bücher und ihre Kasse nicht mehr führen, bis zum Mittag und noch länger im Bett liegen bleiben u. dgl. m. — Die körperlichen Symptome sind dabei äusserst geringfügig. Nur zuweilen lässt sich sphygmographisch eine leichte Verengerung der peripherischen

Arterien nachweisen. Gastrische Störungen sind häufig, desgleichen Obstipation. Der Schlaf ist zuweilen ganz ungestört. Mitunter klagen die Kranken über leichten Kopfdruck.

Der Verlauf ist fast stets protrahirt. Oft erstreckt er sich über mehr als 1 Jahr. Der Ausgang ist Genesung oder — seltener — Uebergang in chronische Hypomelancholie. Die Heilung vollzieht sich auch nach sehr protrahirtem Verlauf zuweilen binnen weniger Tage. Die Neigung zu Recidiven ist gleichfalls sehr gross.

b. Die apathische Varietät.

Sie kann sowohl bei der Melancholia gravis wie bei der Melancholia levis vorkommen. Die Depression und Angst der Kranken tritt hier gegenüber der krankhaften Apathie mehr zurück. Die Grundstimmung der Kranken ist motivlose, inhaltlose Traurigkeit mit oder ohne Angst, aber die Kranken klagen namentlich, dass die normalen Gefühlstöne und zwar die positiven und die negativen ihnen verloren gegangen sind. Ihre nächsten Angehörigen sind ihnen ganz gleichgültig geworden. Sie klagen, dass sie „statt des Herzens einen Stein in der Brust hätten“. Sie werfen sich vor, dass selbst Todesnachrichten sie ganz gleichgültig lassen, und gründen hierauf neue Wahnvorstellungen der Versündigung. In ihren äusseren Verhalten bieten diese Kranken meist das Bild der melancholischen Verstimmung oder der Melancholia passiva. Die Prognose ist auch für diese Form sehr günstig, der Verlauf allerdings meist etwas protrahirter als bei der Melancholia gravis.

c. Die halluzinatorische Varietät.

Bei der typischen Melancholie treten Halluzinationen entweder garnicht oder nur vereinzelt und nebenher auf. Bei der halluzinatorischen Varietät sind Illusionen oder Halluzinationen häufiger und für Krankheitsbild und Krankheitsverlauf bedeutungsvoller. Schwere erbliche Belastung und

vorgerücktes Alter prädisponiren zu dieser Form am meisten, doch ist sie überhaupt nicht besonders häufig. Unter den 238 Fällen sind nur 3, welche hierher zu rechnen sind.

d. Die Varietät mit Zwangsvorstellungen.

Bei diesen stellen sich im Verlauf der Melancholie Zwangsvorstellungen ein. Man hat geradezu den Eindruck, dass dieselben vikarirend für die melancholischen Wahnvorstellungen und neben solchen eintreten. Bei einem jungen Mädchen, welches in der Brautzeit an Melancholie erkrankt war, trat z. B. die Zwangsvorstellung auf in Gedanken, ihren Vater „Schweinehund“ nennen zu müssen. Sie konnte während des grössten Theils ihrer Melancholie die Vorstellung nicht loswerden und knüpfte daran allerhand Selbstanklagen. Mit der Genesung bezw. noch etwas vor derselben schwand die Zwangsvorstellung vollständig. Bei einer Graviditätsmelancholie beobachtete ich die Zwangsvorstellung, die eigenen Kinder tödten zu müssen. Die Kranke war sich des Widersinns und Verbrecherischen einer solchen Handlung und der Krankhaftigkeit des Gedankens vollständig bewusst, vermochte ihn aber während ihrer Melancholie nicht zu unterdrücken. Auch den Selbstmordgedanken habe ich in 2 Fällen in der Form einer typischen Zwangsvorstellung im Verlauf einer Melancholie auftreten sehen. In einem weiteren Fall bestanden arithmomanische Zwangsvorstellungen. In einem letzten endlich konnte die Kranke, deren Melancholie unmittelbar im Anschluss an den Tod ihres Vaters ausgebrochen war, die Zwangsvorstellung nicht loswerden, sie habe demselben Gift in seine Wurst gethan und dadurch seinen Tod herbeigeführt. Auch hier handelte es sich nicht um eine Wahnvorstellung, die Kranke wusste recht gut, dass ihr Vater an einem Schlaganfall gestorben war, und gab den Widersinn ihrer Vorstellung durchaus zu, und doch kehrte zwangsweise, solange die Melancholie bestand, die Vorstellung immer wieder und bedingte trotz besseren Wissens immer wieder Steigerungen der ohnehin bestehenden Angst. Die Prognose dieser Form scheint mir, was die Vollständigkeit der Genesung anlangt, weniger günstig.

e. Die neurasthenische Varietät.

Man kann unterscheiden zwischen einer Melancholie, welche bei einem schon lange neurasthenischen Kranken hinzutritt, und einer Melancholie, welche neben den typischen Symptomen der Melancholie auch neurasthenische Symptome hervorbringt. In ersterem Fall handelt es sich um eine Complication von Neurasthenie mit Melancholie, im letzteren um eine Misch- oder Übergangsform zwischen Neurasthenie und Melancholie. Ersteres Vorkommen halte ich für recht selten, letzteres für ziemlich häufig, namentlich bei männlichen Individuen. Unter den 238 Anstaltsaufnahmen finde ich 12 Fälle, in der Privatpraxis sind sie erheblich häufiger. Am charakteristischsten ist die eigenartige Mischung der melancholischen Traurigkeit mit der neurasthenischen Reizbarkeit. Bald überwiegt mehr die erstere, bald mehr die letztere. Der Verlauf ist gewöhnlich langsamer. Nicht selten kommt es zu einer chronischen Neurasthenie.

f. Die hysterische Varietät.

Hier handelt es sich stets um die Komplication von Hysterie mit Melancholie. Die Hysterie besteht schon lange, bei dem Einwirken besonderer Schädlichkeiten tritt eine Melancholie hinzu. Häufig ist dies Vorkommen nicht. Unter den 238 Fällen gehören nur 2 hierher. Beide gingen in Genesung über. Die Symptome der Hysterie blieben während der Melancholie fast unverändert. Auch die Stimmungslabilität schimmerte noch oft durch die melancholische Depression durch.

g. Die periodische Melancholie.

Diese auf Grund des Verlaufes unterschiedene Varietät ist bisher viel zu wenig beachtet worden. Unter den 238 Anstaltsmelancholien gehören allerdings nur 5 hierher. 6 weitere Fälle habe ich privatim beobachtet und behandelt. Ich bin überzeugt, dass die Mehrzahl der hierher gehörigen Fälle ausserhalb der Anstalt verläuft. Charakteristisch ist

die regelmässige Wiederkehr eines melancholischen Krankheitsanfalles in annähernd gleichen Zwischenräumen. Meist handelt es sich um leichte oder mittelschwere Formen. Der erste Anfall erfolgte in einem Fall bereits im 11. Lebensjahr, sonst meist im mittleren Lebensalter und namentlich im Klimakterium. Unter meinen 11 Fällen befinden sich 4 Männer. Die Dauer des Krankheitsanfalls und des Intervalls wechselt von Fall zu Fall sehr und ist auch bei einem und demselben Fall nicht genau gleich. Ein Post- oder Präponiren von Tagen, Wochen und selbst Monaten ist nicht selten. Am häufigsten kehren die Anfälle in Zwischenräumen von etwa 1 Jahr immer wieder. Bei sehr unzweckmässiger Behandlung kann gelegentlich das Intervall zwischen 2 Anfällen verschwinden, d. h. der erste Anfall ist noch nicht geheilt, wenn der folgende beginnt. Bemerkenswerth ist, dass in der ersten Hälfte des Intervalls und noch darüber hinaus auch schwere Affektstösse keinen Rückfall bedingen, während gegen Ende des Intervalls auch ein relativ leichter Affektstoss oder eine anderweitige Schädlichkeit den neuen Anfall auslöst. Nicht selten erfolgt der neue Anfall auch ganz ohne nachweisbaren Anlass. Wahnvorstellungen fehlen oft vollständig; wenn sie auftreten, sind sie meist in jedem Anfall annähernd die gleichen. Erbliche Belastung vermochte ich in 3 Fällen trotz genauer Nachforschungen nicht nachzuweisen. Auch in den übrigen Fällen war sie durchschnittlich kaum schwerer als in den nicht-periodischen belasteten Fällen. Der Ausbruch des einzelnen Anfalls ist oft perakut. In einem Fall war er mit Glycosurie verknüpft. Die Prognose des einzelnen Anfalls ist sehr günstig, die Verhütung weiterer Anfälle gelang in keinem Fall. Höchstens vermag man durch geeignete Regulierung der Lebensweise den nächsten Anfall hinauszuschieben. Die Weiterentwicklung zu circulärem Irresein kommt selten oder niemals vor. Nur in einem Fall schob sich ein Mal eine Manie nach einem besonders schweren melancholischen Anfall ein, so wie sich bei der periodischen Manie gelegentlich nach einem besonders schweren maniakalischen Anfall eine Melan-

cholie einschiebt. Das Nachstadium der reaktiven Hyperthymie kann auftreten, fehlt aber auch sehr häufig. In einem Fall besteht die periodische Melancholie bereits 37 Jahre.

7. Erkennung.

a. Hindeutende Symptome. Viele Melancholien werden vom Arzt namentlich deshalb übersehen, weil er an die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung überhaupt nicht denkt. Der Arzt hält die Verstimmung des Kranken für die natürliche Folge der zugleich bestehenden körperlichen Beschwerden oder der vorausgegangenen oder noch fortdauernden Gemüthserschütterungen durch Todesfälle etc. Demgegenüber ist als Regel aufzustellen: man soll eine hartnäckige Traurigkeit, auch wenn sie motivirt scheint, niemals ohne weitere Untersuchung als physiologisch hinnehmen, sondern stets wenigstens die Möglichkeit, dass eine Melancholie vorliege, in Erwägung ziehen. Andere Symptome, welche leicht auffallen und stets den Verdacht auf Melancholie erwecken sollten, sind folgende: auffällige Vernachlässigung der Toilette, der Berufspflichten und der häuslichen Pflichten, unstetes ruheloses Verhalten, Verlangsamung der geistigen Leistungsfähigkeit u. a. m. Gewiss wird diesen Symptomen nicht stets eine Melancholie zu Grunde liegen, sondern oft eine andere oder vielleicht auch gar keine Psychose, aber oft genug beruhen sie auf einer Melancholie und verlangen daher dringend eine Berücksichtigung in dieser Richtung. Viel dringender wird natürlich der Verdacht, wenn ein Motiv für die Traurigkeit fehlt, wenn der Kranke selbst über motivlose Angst klagt, wenn er grundlose Selbstanklagen, Verarmungsvorstellungen und hypochondrische Gedanken äussert. Auch dann liegt nicht stets eine Melancholie vor (siehe unten unter Differentialdiagnose), aber sehr oft. Der Arzt, der jetzt nicht auf Melancholie untersucht und entsprechende Verordnungen geben würde, würde einen ebenso verhängnissvollen und ebenso groben Kunstfehler begehen, wie der Arzt, welcher eine

Gebärende mit undesinfizirten Händen untersucht. In beiden Fällen würde er in genau vergleichbarer Weise das Leben eines kranken Menschen durch gröbliche Unterlassung auf's Spiel setzen. Hier würde der Selbstmord, dort die Puerperalinfektion in etwa dem gleichen Grade drohen.

b. Der Weg der Diagnose. Ich nehme an, dass dem Arzt lediglich eine motivlose oder wenigstens nicht genügend motivirte hartnäckige, intensive Traurigkeit bei einem Kranken aufgefallen ist. Wie kann er nun feststellen, ob wirklich Krankheit und ob wirklich Melancholie vorliegt? Ich möchte dazu im Allgemeinen etwa folgende Reihe von Fragen empfehlen. Die Antwort, welche zu erwarten steht, wenn wirklich Melancholie vorliegt, werde ich stets hinzufügen*).

Sind Sie traurig? Der Melancholische wird durchweg mit Ja antworten; Dissimulation, d. h. Verheimlichung von Krankheitssymptomen ist bei der Melancholie sehr selten. Am besten reiht sich alsbald die weitere Frage an:

Sind Sie denn immer traurig oder können Sie zuweilen auch noch heiter sein? Der Melancholische giebt durchweg eine beständige Traurigkeit an. Höchstens äussert er in leichten Fällen, zuweilen könne er noch etwas heiter sein, aber es komme nicht von Herzen oder Ähnliches.

Haben Sie auch Angst? Leidet der Kranke an melancholischer Verstimmung, so wird er die Frage verneinen. Besteht Melancholie s. str., so wird er bejahend antworten. Vorsichtshalber füge man allerdings noch alsbald die Frage hinzu: Haben Sie denn in den letzten Tagen (Wochen, Monaten, solange die Depression aufgefallen ist) zuweilen Angst gehabt? Denn es ist zu bedenken, dass die Angst der Melancholie oft anfallsweise auftritt.

*) Selbstverständlich sind diese Fragen etwas schematisch. Man wird sie entsprechend der Lage des einzelnen Falls, dem Stand des Kranken etc. etwas abändern müssen. Vor allem frage man in Anbetracht der Denkhemmung der Melancholie langsam und warte geduldig auf die Antwort. Eventuell wiederhole man die Frage öfter oder schiebe die Zwischenfrage ein: haben Sie meine Frage verstanden?

Daran knüpft sich am besten sofort die weitere Frage: Wo fühlen Sie die Angst? Manche Melancholiker werden eine bestimmte Lokalisation verneinen, viele dagegen ausdrücklich die Herzgegend oder den Kopf oder das Abdomen etc. (s. o.) als Sitz bezw. Ausgangspunkt der Angst angeben.

Worüber sind Sie traurig? Wovor, weshalb haben Sie Angst? Diese Fragen sind von entscheidender Wichtigkeit. Der Melancholische antwortet entweder, Traurigkeit und Angst sei motivlos („komme von selbst"), oder er bezieht seine Traurigkeit und eventuell auch seine Angst auf die der Krankheit vorausgegangenen Gemütserschütterungen (Todesfall, Geldverlust etc., s. unter Aetiologie) oder er motiviert Angst und Traurigkeit mit einem wahnhaften Verbrechen, einer wahnhaften Krankheit oder wahnhafter Verarmung. Die Deutung der ersten Antwort ist sofort gegeben: wenn der Kranke selbst kein Motiv für seine Traurigkeit und Angst weiss, so handelt es sich jedenfalls um diejenige Traurigkeit und Angst, welche für die Melancholie charakteristisch ist: die primäre Depression und Angst. Wenn der Untersuchte die zweite Antwort giebt, also seine Traurigkeit auf Gemütserschütterungen bezieht, welche seiner Krankheit thatsächlich vorausgegangen sind, so wird man sich bei dem Kranken selbst oder bei seinen Angehörigen nach diesen Gemütserschütterungen genau erkundigen. Alsdann wird man überlegen, ob die vorliegende Traurigkeit des Kranken nach ihrer Dauer und ihrer Intensität dem stattgehabten unglücklichen Erlebnis entspricht oder die physiologischen Grenzen überschreitet. Dabei soll man die Frage an die Angehörigen zu richten nicht versäumen, wie der Kranke früher sich bei ähnlichen Schicksalsschlägen benommen. Darauf wird man oft genug zu hören bekommen, dass er bei ähnlichen Fällen früher auch eine Zeitlang etwas traurig gewesen sei, aber so lange und so schwer sei die Traurigkeit noch nie gewesen. Sehr empfiehlt sich auch die Frage an den Kranken selbst: Sind Sie nur traurig, wenn Sie an den Unglücksfall denken, oder

auch sonst? Oft antwortet darauf der Kranke selbst ganz richtig, jetzt „sei ihm alles traurig“. Besteht neben der Traurigkeit auch Angst, so genügt der stattgehabte Unglücksfall ohnehin meist nur zur Motivierung der ersteren; die Angst bleibt unmotiviert. Man kann den Kranken selbst auf diese Lücke aufmerksam machen, man kann ihm ruhig sagen: Ich verstehe Ihre Traurigkeit wohl, weshalb haben Sie aber auch Angst? Viele Kranke geben dann wenigstens die Motivlosigkeit der letzteren zu, womit wiederum die primäre, für die Melancholie charakteristische Affektstörung nachgewiesen ist. Giebt endlich der Kranke als Motiv Verbrechen, Krankheit oder Verarmung an, so wäre natürlich zuerst festzustellen, ob seine Selbstanklage, seine Krankheitsfurcht, seine Geldsorge wirklich begründet ist. Bezüglich der Selbstanklage führt eine Erkundigung bei den Angehörigen gewöhnlich rasch zum Ziel. Noch zweckmässiger ist in vielen Fällen, man lässt den Kranken das vorgegebene Verbrechen mit allen Einzelheiten erzählen; häufig versagt hierbei bereits die Wahnbildung des Kranken, und er giebt wenigstens momentan zu, „es komme ihm in der Angst nur so vor“. Überhaupt lässt sich ein solches Zugeständnis durch energisches Fragen dem Kranken oft genug entlocken, um allerdings in dem nächsten schweren Angstanfall wieder widerrufen zu werden. Oft knüpft, wie oben erörtert, die Selbstanklage an ein wirkliches Vorkommnis an und stellt nur eine Übertreibung des letzteren dar (Beispiele s. oben). Die Feststellung dieser Übertreibung gelingt gleichfalls am leichtesten, wenn man sich vom Kranken alle Einzelheiten des bezüglichen Vorkommnisses erzählen lässt. Das Thatsächliche, welches der Krankheitsfurcht etwa zu Grunde liegt, ist durch eine genaue körperliche Untersuchung festzustellen. Auch hierbei wird, falls es sich um die wahnhafte Krankheitsfurcht eines Melancholischen handelt, das grelle Missverhältnis zwischen dem thatsächlichen Befund und der Sorge des Kranken rasch darüber aufklären, dass letztere pathologisch ist. In derselben Weise verfahren wir nun auch gegenüber den

Verarmungsklagen. Man lasse sich von dem Kranken selbst seine Vermögensverhältnisse mit allen Einzelheiten angeben und kontroliere seine Angaben durch Befragen seiner Angehörigen. Liegt Melancholie vor, so ergiebt sich dabei, dass die Verarmungsfurcht ganz grundlos oder übertrieben ist*). Hat man in dieser Weise festgestellt, dass die Schuld-, Krankheits-, Armuthsvorstellungen des Untersuchten krankhaft sind, so bleibt noch festzustellen, dass sie die Kennzeichen der melancholischen Wahnvorstellungen haben. Das Hauptmerkmal der melancholischen Wahnvorstellungen ist aber ihre sekundäre Entstehung aus Affektstörungen. Auf diese Entstehung hat sich also die weitere Befragung des Kranken zu richten. Zu diesem Behufe stellt man etwa folgende Fragen: Seit wann ist Ihnen Ihre Schuld, Krankheit, Verarmung klar geworden? oder ist Ihnen erst, seitdem Sie traurig und ängstlich sind, Ihre Schuld, Krankheit etc. bezw. die Schwere Ihrer Schuld, Krankheit, Verarmung klar geworden? Liegt Melancholie vor, so gelingt es durchweg den Nachweis zu führen, dass traurige Verstimmung und oft auch Angst längere Zeit den Wahnvorstellungen vorausgegangen sind.

Alle die soeben angestellten Erörterungen knüpfen sich an die Frage: Worüber sind Sie traurig, weshalb haben Sie Angst? Am besten fügt man nun die weitere Doppelfrage ein: Seit wann sind Sie so traurig, seit wann sind Sie so ängstlich? Man vergewissert sich dabei schon vorgreifend, ob ein akuterer oder chronischerer Fall vorliegt.

Sind Sie auch reizbarer? frägt man zum Schluss der Affektprüfung am besten noch. Bei reinen Melancholien

*) In seltenen Fällen besteht wirklich ein Verbrechen oder eine schwere körperliche Krankheit oder Verarmung und gleichzeitig eine echte Melancholie. Die Vergangenheit bezw. die Gegenwart liefert in solchen Fällen dem Kranken genug thatsächlichen Stoff für Angstvorstellungen: er braucht sich gewissermassen nicht nach Wahnvorstellungen erst umzusehen. Zweimal habe ich nach Unterschlagungen (NB. nach Abbüssung der Strafe), ein mal bei Carcinose und ein mal bei völliger plötzlicher Verarmung eine typische Melancholie gesehen.

bekommt man durchweg Nein zur Antwort, bei der neurasthenischen Varietät meistens Ja. Auch ergänzende Fragen: wie steht es mit Ihrem Interesse an Ihrem Beruf bezw. Ihrer Haushaltung, mit Ihrer Liebe zu Ihren Angehörigen? können im Hinblick auf das etwaige Bestehen einer apathischen Varietät hier angegliedert werden. Liegt diese letztere vor, so wird der Kranke über seine pathologische Gleichgültigkeit klagen. Liegt die Hauptform der Melancholie vor, so wird der Kranke mehr betonen, dass alles ihn traurig stimme.

Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Denkhemmung. Bei vielen Kranken erspart die Langsamkeit ihrer Antworten alle hierauf bezügliche Fragen, bei anderen frägt man direkt: fällt Ihnen das Denken jetzt schwerer? Die meisten Kranken antworten mit Ja. Nur in wenigen Fällen, in welchen die Denkhemmung eben weniger ausgesprochen ist, kann man auf zweifelhafte, schwankende Antworten stossen. Je nach dem Beruf kann man die Frage auch spezieller formuliren, z. B. verstehen Sie, was Sie lesen, jetzt ebenso rasch, wie früher? oder können Sie Ihre Bücher ebenso rasch führen wie früher? u. s. f. Man kann daran noch die Frage knüpfen: was erschwert Ihnen denn das Denken so sehr? Der Melancholische weiss in der Regel keine Ursache oder er verweist auf seine Traurigkeit bezw. Angst.

Hat der Kranke nicht schon auf die Frage: worüber sind Sie traurig, weshalb ängstlich? Auskunft über Wahnvorstellungen gegeben, so frägt man jetzt direkt: kommen Ihnen auch traurige, beängstigende Gedanken in Ihrer Traurigkeit, in Ihrer Angst? Mit der direkten Frage nach Versündigungs-, Krankheits-, Verarmungsgedanken ist man besser vorsichtig, da man leicht durch direkte derartige Fragen in dem Kranken solche Vorstellungen erst weckt. Giebt der Kranke melancholische Wahnvorstellungen an, so frägt man noch: seit wann kommen Ihnen solche Gedanken? und stellt in der oben angegebenen Weise ihren sekundären Ursprung aus der Affektstörung fest. Sicherheitshalber kann man auch

noch fragen: kommen Ihnen auch öfters misstrauische Gedanken? Weitaus die meisten Melancholiker werden hierauf mit Nein antworten, nur in den seltenen, oben in der symptomatologischen Darstellung erwähnten Fällen, wird man eine oder die andere Verfolgungsvorstellung zu hören bekommen.

Durch einige kurze Fragen ist nunmehr festzustellen, ob der Kranke Sinnestäuschungen hat. Man frägt also z. B., ob er auffällige „heimliche" Worte von unsichtbaren Stimmen, von Abwesenden gehört hat oder noch hört, ob er auffällige Gestalten oder Bilder, „Traumbilder im Wachen" gesehen hat oder sieht, ob er auffällige Gerüche, in den Speisen einen auffälligen Geschmack wahrgenommen hat und. dergl. mehr. Neun Zehntel aller Melancholischen antworten auf alle diese Fragen mit nein, ein Zehntel mit Ja. Ohne Schwierigkeit kann man bei diesem einen Zehntel durch einige Hülfsfragen weiterhin feststellen, dass die angegebenen Halluzinationen, bezw. Illusionen nur gelegentlich und nur im späteren Verlauf der Krankheit, jedenfalls nach Eintritt der Affektstörung sich eingestellt haben. Diese Feststellung ist bei Anwesenheit von Sinnestäuschungen für die Diagnose auf Melancholie unerlässlich. Stellt sich heraus, dass die Halluzinationen zwar später als die Affektstörung, aber doch in grosser Zahl aufgetreten sind, so liegt die als Melancholia halluzinatoria bezeichnete Varietät vor.

Die nächsten Fragen sollten den Stand der Intelligenz des Kranken betreffen, man hätte sich also durch Fragen zu vergewissern, ob das Gedächtniss des Kranken und seine Urtheilskraft intakt sind. Man muss jedoch gefasst sein, dass der Kranke viele solche Fragen in Folge seiner Denkhemmung trotz intakter Intelligenz nur sehr langsam oder garnicht beantwortet. Ich möchte daher lieber rathen, die Angehörigen hierüber zu befragen. Man frägt namentlich: ist der Kranke schon vergesslich gewesen, bevor er so traurig bezw. ängstlich gewesen ist, hat er Taktlosigkeiten begangen (ethischer Defekt!), hat er sich in seinen Dis-

positionen geirrt, in seinen Büchern verrechnet, dieselben Geschichten immer wieder erzählt u. s. f.? Liegt Melancholie vor, so wird dies alles verneint; was die Angehörigen etwa über Unterlassung etc. nach dem Eintritt der Affektstörung erzählen, beweist nur Denkhemmung und Theilnahmlosigkeit, aber keinen Intelligenzdefekt.

Die letzten Fragen beziehen sich auf die Handlungen des Kranken. Man wird ihn selbst oder seine Angehörigen fragen, ob er sich kleidet und wäscht wie sonst (Vernachlässigung der Toilette), ob er seine Familien- und Berufspflichten erfüllt wie sonst, ob er etwaige früher gepflegte Nebeninteressen ebenso pflegt wie früher, ob er regelmässig isst, schläft u. s. f. Bezüglich der pathologischen Unschlüssigkeit frägt man den Kranken selbst am besten direkt: fällt es Ihnen jetzt schwerer, Entschlüsse zu fassen, Dispositionen zu treffen u. s. f.? Die Antworten, welche bei dem Bestehen einer Melancholie, bezw. Hypomelancholie zu gewärtigen sind, ergeben sich ohne Schwierigkeit aus den symptomatologischen Erörterungen.

Durch das im Vorhergehenden angestellte Krankenexamen ist festgestellt, dass das psychische Bild der Melancholie besteht, d. h. dass die psychopathologischen Symptome des Falles denjenigen der Melancholie entsprechen. Dies genügt zur Diagnose der Melancholie nicht. Es bedarf jetzt noch namentlich des Nachweises, dass der körperliche, neuropathologische Befund der Diagnose „Melancholie“ nicht widerspicht. Eine Melancholie liegt nämlich, auch wenn die psychopathischen Symptome vollständig zur Diagnose einer Melancholie stimmen, dann nicht vor, wenn zugleich bestimmte neuropathologische Symptome, welche auf organische Hirnerkrankung hinweisen, vorliegen. Speziell kommen bei der Melancholie folgende Symptome niemals vor:

Sprachstörung (hesitirende Aussprache, Versetzen der Konsonanten und Silben).

Lähmungen irgend welcher Muskeln.

Lichtstarre der Pupillen.

Ungleichheit oder Erlöschen des Kniephänomens oder Achillessehnenphänomens.

Erst wenn man durch gründliche Untersuchung diese Symptome ausgeschlossen hat, darf man die Diagnose auf Melancholie stellen.

c. Differentialdiagnose. Für den praktischen Arzt sind namentlich Verwechslungen mit folgenden anderen Psychosen*) naheliegend und für den Kranken verhängnissvoll.

α. mit Dementia paralytica. Im Verlauf der Dementia paralytica tritt sehr häufig ein Stadium auf, dessen psychopathische Symptome sich fast ganz mit denjenigen der Melancholie decken. Man bezeichnet dies Stadium auch als das Depressionsstadium der Dementia paralytica. Namentlich bei Männern in mittlerem Lebensalter, welche früher syphilitisch infiziert waren, soll man, falls ein Depressionszustand vorliegt, mit der Diagnose einer Melancholie vorsichtig sein, weil männliches Geschlecht, mittleres Lebensalter und syphilitische Infektion in besonderem Maasse zu Dementia paralytica prädisponieren. Zu einer sicheren Differentialdiagnose ist vor allem eine gründliche neuropathologische Untersuchung erforderlich. Ist eine oder sind beide Pupillen lichtstarr, fehlt das Kniephänomen oder Achillesphänomen, oder ist eines dieser Sehnenphänomene sehr stark abgeschwächt oder besteht bezüglich derselben Sehnenphänomene auch nur eine Ungleichheit zwischen rechts und links, besteht ferner eine nachweislich erst im Laufe der jetzigen Krankheit eingetretene (also nicht angeborene) halbseitige Differenz der Facialisinnervationen, der Zungeninnervationen oder Extremitäteninnervationen, hat endlich im Verlauf der Krankheit eine Sprachstörung sich entwickelt (Hesitation bei den Anfangskonsonanten, Versetzen und Auslassen von einzelnen Konsonanten und ganzen Silben), so ist Melancholie auszuschliessen und Dementia paralytica anzunehmen. Ein einziges dieser Symptome genügt bereits, Melancholie auszuschliessen und die Diagnose auf Dementia paralytica zu lenken. Andererseits ist beim Fehlen aller der soeben auf-

*) Vergl. hierzu mein Lehrbuch, Psychiatrie. Berlin 1894. S. 413, S. 341 u. s. f.

gezählten Symptome noch keineswegs die Dementia paralytica mit Sicherheit auszuschliessen; denn es gibt Fälle der letzteren Krankheit, in welchen lange Zeit die körperlichen Symptome fehlen und nur psychopathische Symptome nachweisbar sind. Es bedarf daher noch einer Berücksichtigung des Zustandes der Intelligenz. Bei der Melancholie besteht nur Denkhemmung, die Intelligenz ist intakt; bei der Dementia paralytica besteht stets auch ein Intelligenzdefekt, welcher sich namentlich früh im Untergang der ethischen Vorstellungen im weitesten Sinn geltend macht und daher in Taktlosigkeiten, Kritiklosigkeiten, Unsittlichkeiten etc. äussert. Man befrage also, wie oben bereits gerathen, in zweifelhaften Fällen stets die Angehörigen, ob vor dem Eintritt der Affektstörung Vergesslichkeiten aufgefallen, Taktlosigkeiten etc. vorgekommen sind. Ich entsinne mich eines Kaufmanns, welcher in schwerer Depression zuerst von mir untersucht wurde. Eine direkte Intelligenzprüfung war nicht möglich, da der Kranke in seiner pathologischen Angst überhaupt keine Antwort zu Stande brachte. Syphilis war nicht nachweisbar. Eine peinlich genaue körperliche Untersuchung ergab kein verdächtiges Symptom. Die Ehefrau des Kranken gab hingegen ganz bestimmt an, es sei ihr vor Entwicklung des jetzigen Depressionszustandes aufgefallen, dass er ihr dieselbe Geschichte an einem Tage 2—3 mal erzählt habe, während er im Geschäft sowie im Uebrigen seine Angelegenheiten völlig korrekt erledigt habe. Der weitere Verlauf bestätigte, dass es sich um eine Dementia paralytica handelte: in einigen Monaten stellten sich auch die typischen körperlichen Symptome ein, der Intelligenzdefekt trat ganz augenscheinlich zu Tage. Ebenso verdächtig sind Unsittlichkeiten, Taktlosigkeiten etc. sofern sie sich nicht aus der Apathie der Melancholie erklären lassen. Der Paralytiker im Anfangsstadium seiner Krankheit lässt sich positive Vergehen gegen Takt, Gesetz, Moral etc. zu schulden kommen, nicht nur Unterlassungen, wie der Melancholiker. Auch bezüglich der Unterlassungen ist das Verhalten durchweg verschieden. Vernachlässigung der Toilette kommt z. B. bei beiden, bei dem Paralytiker und bei dem Melan-

choliker vor. Aber wie verschieden benehmen sich beide, wenn man ihnen diese Vernachlässigung vorhält! Der Paralytiker hat entsprechend seinem Intelligenzdefekt gewöhnlich das Verständniss für seine Unterlassung ganz eingebüsst, während der Melancholiker die Unterlassnng sofort selbst fühlt und selbst darüber klagt, dass er so gleichgültig geworden ist*).

Auch der Inhalt der Wahnvorstellungen giebt oft einen Fingerzeig. Die paralytischen Angstvorstellungen verrathen durch ihre widersinnige Masslosigkeit und Zusammenhangslosigkeit, durch ihre Widersprüche und ihre dürftige Motivirung den hinter ihnen sich entwickelnden Schwachsinn. Die Angstvorstellungen des Melancholikers sind gleichfalls zuweilen maasslos. Der Melancholiker behauptet oft genug, er habe die ganze Welt unglücklich gemacht, um ihre ewige Seligkeit gebracht und dergl. mehr, aber er wird sich nicht leicht zu der Behauptung des Paralytikers versteigen, er habe in seinem Koth die ganze Welt erstickt. Gegenüber Einwürfen versucht der Melancholiker mit Geschick seine Wahnvorstellung zu vertheidigen oder er beruft sich in ganz sachgemässer Weise auf seine Angst, der Paralytiker ist zu einer auch nur scheinbaren Vertheidigung meist ganz unfähig. Besonders verdächtig auf Dementia paralytica sind auch hypochondrische Wahnvorstellungen der körperlichen Verkleinerung — „ich bin nur noch fingergross“ —, der Verstopfung der natürlichen Körperöffnungen — „mein Mund, mein After ist zugewachsen, der Koth von Jahren fault im Darm“ — und des Verschwindens ganzer Organe — „die Lunge ist fort, die Zunge ist weg“ u. dergl. m. Indess ist ein entscheidendes Gewicht auf den Inhalt der Wahnvorstellungen nicht zu legen, weil gelegentlich doch alle die zuletzt angegebenen Wahnvorstellungen ausnahmsweise auch bei der hypochondrischen Melancholie vorkommen.

Sehr muss man sich hüten, die Denkhemmung der Melancholie mit Intelligenzdefekt zu verwechseln. Wenn ein Kranker im Depressionszustand auch die einfachsten

*) Vergl. Hoche, Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse. Diese Sammlung I. Band, Heft 1.

Fragen aus dem Einmaleins, nach dem Alter und Namen seiner Kinder nicht oder nur sehr langsam beantwortet, so muss doch kein Intelligenzdefekt bestehen, sondern das ganze Verhalten kann auf schwerer Denkhemmung beruhen. Das Ausbleiben von Antworten darf nur mit grösster Vorsicht zu Gunsten der Diagnose der Dementia paralytica verwerthet werden, nur der Schwachsinn der wirklich gegebenen Antwort ist unmittelbar und sicher verwerthbar. Darauf beruht es auch, dass oben der Rath gegeben wurde, statt den augenblicklichen Intelligenzzustand des Kranken zu prüfen, lieber bei den Angehörigen festzustellen, ob vor der jetzigen Depression ein Defekt auffiel.

Die Differentialdiagnose zwischen Melancholie und Dementia paralytica beruht also erstens auf dem körperlichen Befund und zweitens auf dem Nachweis des Intelligenzdefektes. Beobachtet man alle im Vorigen angegebenen Kautelen, so gelangt man fast stets zu einer sicheren Entscheidung.

Eine weitere Verwechslung ist möglich

β. mit Paranoia chronica simplex. Wenn bei einer Melancholie auch Verfolgungsvorstellungen (s. o.) auftreten, so sind die Äusserungen denjenigen des Paranoikers oft sehr ähnlich. Die Differentialdiagnose ist leicht, wenn man den Kranken direkt frägt, ob er die vermeintlichen Verfolgungen verdient. Der Melancholiker erwiedert: Ja, ich habe mich schwer versündigt etc., ich verdiene Strafe, der Paranoiker behauptet entrüstet seine völlige Unschuld.

γ. mit Paranoia acuta hallucinatoria. Hat man einen Kranken mit schwerer Angst vor sich, sei es in angstvoller Agitation, sei es in stuporösem Zustand, so kommt namentlich auch in Frage, ob die Angstaffekte nicht durch Halluzinationen bedingt sind und somit keine Melancholie, sondern eine akute halluzinatorische Paranoia vorliegt. Wir wissen, dass bei letzterer oft schreckhafte Sinnestäuschungen auftreten und Angstzustände hervorrufen, welche denjenigen der Melancholie äusserlich vollständig gleichen. Der tiefgreifende, auch für die Prognose und Behandlung wichtige Unterschied ist nur der, dass im ersteren Falle — bei der

halluzinatorischen Paranoia — die Angstaffekte an die Halluzinationen geknüpft sind, während sie bei der Melancholie ganz unabhängig, primär auftreten. Wie lässt sich dies nun bei der Untersuchung des Kranken erkennen? Von dem Kranken selbst ist in Anbetracht seiner Agitation oder seines Stupors ausreichende Auskunft nicht zu erlangen. Mehr lehrt schon sein Gesichtsausdruck. Bei beiden Kranken malt er die innere Angst, aber bei dem Halluzinanten kommt der horchende oder visionäre Ausdruck hinzu. Bald sind die Augen starr auf einen leeren Punkt im Raum gerichtet, bald neigt der Kranke den Kopf horchend zur Seite, bald dreht er sich plötzlich nach rechts oder links um. Dazu kommt, dass bei der akuten halluzinatorischen Paranoia auch in denjenigen Fällen, in welchen beängstigende Halluzinationen überwiegen, doch auch wenigstens ab und zu anderweitige Halluzinationen auftreten. Daher beobachtet man, dass die Angstanfälle hin und wieder von Exaltationszuständen oder Zornausbrüchen unterbrochen werden. Endlich bietet die Anamnese ein ausgezeichnetes differentialdiagnostisches Hülfsmittel. Man stellt durch Befragen des Kranken bezw. der Angehörigen fest, wie die Krankheit sich entwickelt hat. Handelt es sich um Melancholie, so erfährt man, dass zuerst eine motivlose Traurigkeit aufgefallen ist; handelt es sich um akute halluzinatorische Paranoia, so erfährt man, dass die Krankheit ganz akut mit Sinnestäuschungen eingesetzt hat oder ein kurzes Stadium unbestimmten Misstrauens vorausgegangen ist. Auch die direkte Frage an den Kranken: haben Sie nur Angst, weil Sie schreckliche Stimmen hören, schreckliche Bilder sehen etc.? führt oft zum Ziel.

δ. mit der Neurasthenie. Sieht man von den Uebergangsformen ab, so ist die Unterscheidung nicht schwer. Die Affektstörung des Neurasthenischen besteht vorzugsweise in einer pathologischen Reizbarkeit, diejenige des Melancholischen in einer pathologischen Traurigkeit. Meist reicht, um zur Entscheidung zwischen Neurasthenie und Hypomelancholie zu gelangen, die einfache Frage aus: Ist Ihre

Stimmung vorwiegend reizbar oder vorwiegend traurig? Die meisten Kranken geben darauf eine ganz klare und bestimmte Antwort. Man muss nur im Auge behalten, dass vorübergehende Traurigkeit und vorübergehende Angstanfälle auch bei der Neurasthenie vorkommen.

ε. mit Dementia senilis. Im Greisenalter — jenseits des 60. Jahres — soll man mit der Diagnose Melancholie vorsichtig sein. Der Altersblödsinn zeigt sehr oft ein Depressionsstadium mit schweren Angstaffekten, welches demjenigen der Melancholie sehr ähnlich ist. Die Entscheidung liegt auch hier meist in der Anamnese: es muss festgestellt werden, ob vor dem zur Zeit bestehenden Stadium der Depression und Angst bereits Vergesslichkeit, Urtheilsschwäche, ethische Defekte beobachtet worden sind. Fehlen solche Vorläufersymptome, so darf man die Diagnose Melancholie stellen.

8. Behandlung.

Die Aufgabe des praktischen Arztes bei der Behandlung der Melancholie ist eine dreifache. Sie umfasst nämlich

a. Die Entscheidung, ob der Melancholiker in seiner Familie oder in einer Anstalt und in welcher er behandelt werden soll,

b. Die Behandlung des Kranken — auch in schweren Fällen —, bis zur ev. Ueberführung in eine Anstalt; erfahrungsgemäss vergehen hierüber in den meisten Gegenden Deutschlands mindestens 1—2 Wochen, in welchen eine falsche Behandlung viel Unheil stiften, eine richtige der Anstaltsbehandlung in hohem Maass vorarbeiten kann,

c. Die dauernde Behandlung vieler Fälle der sog. melancholischen Verstimmung oder Hypomelancholie.

Im Folgenden sollen diese 3 Aufgaben einzeln mit aller Ausführlichkeit besprochen werden.

a. Entscheidung über den Ort der Behandlung.

Als Grundregel hat zu gelten, dass die Ueberführung in eine Anstalt in allen denjenigen Fällen von Melancholie zu erfolgen hat, in welchen irgendwie erheblichere Angstaffekte bestehen. Die dringendste Gefahr bei der Melancholie ist jedenfalls der Selbstmord. Erfahrungsgemäss ist diese Gefahr weitaus am grössten, wenn Angstaffekte neben der Traurigkeit bestehen. Die Hypomelancholie, bei welcher Angstaffekte fehlen, führt sehr selten zu Selbstmordversuchen: die einfache Traurigkeit ohne Angst reicht nicht aus, die Kranken zum Selbstmord hinzureissen, zumal die Abulie sich dem etwaigen Selbstmordentschluss hindernd in den Weg stellt. Anders bei der Melancholie s. str., der Melancholia gravis mit Angstaffekten. Hier sind Selbstmordversuche enorm häufig. Mindestens in einem Drittel aller Fälle muss man gewärtigen, dass der Kranke in einem geeigneten Augenblicke Selbstmord verübt. Daher die obige Regel: bei irgendwie erheblicheren Angstaffekten Überführung in eine Anstalt, in welcher die Möglichkeit einer sorgfältigen und sachverständigen Überwachung und damit der Verhütung des Selbstmords gegeben ist. Leider wird gerade gegen diese Regel noch sehr viel gesündigt. Daher die zahlreichen gelungenen Selbstmorde von Melancholischen, welche der Arzt trotz des Bestehens von Angstaffekten einer Anstalt zuzuführen unterlassen oder gezögert hat. Leider fehlen uns hier genaue statistische Angaben, aber einen annähernden Rückschluss gestattet die bereits oben mitgetheilte Thatsache, dass unter den 238 Melancholien, welche 1886—1894 in der hiesigen psychiatrischen Klinik zur Aufnahme gelangten, 38 wegen eines nur durch glücklichen Zufall vereitelten Selbstmordversuchs eingeliefert wurden. In den meisten dieser 38 Fälle lässt sich nachweisen, dass der behandelnde Arzt in ungerechtfertigter Weise die Aufnahme in die Anstalt hinausgeschoben hat. Meist klärt in Folge der mangelhaften psychiatrischen Vorbildung unserer Ärzte erst der Selbstmordversuch den Arzt über das Bestehen einer Melancholie und ihre Tragweite auf.

Der Arzt ist übrigens meist in der Lage durch eine direkte, einfache Frage über die Gefahr eines Selbstmords sich ausreichend zu orientiren. Man frage den Kranken nur direkt: „kommen Ihnen auch Gedanken von Lebensüberdruss?“ Die meisten Melancholischen dissimuliren nicht und geben auf diese Frage, welche eventuell öfter zu wiederholen ist, etwaige Suicidgedanken ohne Weiteres zu. Eine falsche Scheu hält den Arzt leider oft von dieser Frage ab. Er glaubt dadurch den Kranken erst auf solche Gedanken zu bringen oder vielleicht zu kränken. Ich habe einen schädlichen Einfluss dieser Frage noch niemals beobachtet, im Gegentheil ist es den Kranken öfters eine Erleichterung, wenn sie dem Arzt die sie selbst quälenden Suicidgedanken mittheilen können, und für den Arzt ist nur so eine sichere Unterlage für die therapeutischen Entschliessungen zu erlangen.

Von der Regel, dass Angstaffekte den Arzt zu möglichst schleuniger Ueberführung des Melancholischen in eine Anstalt veranlassen sollen, kenne ich nur e i n e Ausnahme. Wenn die äusseren Verhältnisse — Wohnung, Vermögen etc. — so günstig sind, dass im Hause des Kranken eine ebenso sorgfältige Ueberwachung wie in einer Anstalt stattfinden kann, und zugleich der Arzt die erforderliche Erfahrung in der Behandlung der Melancholie besitzt, so mag ausnahmsweise ein Versuch mit häuslicher Behandlung gewagt werden. Die hier geforderte Möglichkeit sorgfältiger Ueberwachung bezieht sich namentlich auf zweierlei: erstens muss für die Unterbringung des Kranken ein P a r t e r r e zimmer zu freier Verfügung stehen und zweitens muss ein g e s c h u l t e r Pfleger zur ununterbrochenen Ueberwachung vorhandense in.

Sieht man von diesem Ausnahmefall ab, so gilt die Regel ganz allgemein: Angstaffekte — Anstaltseinlieferung. Die Wahl der Anstalt ist nicht schwer. In den meisten Fällen kommt nur eine staatliche Irrenanstalt in Frage. Die gewöhnlichen Krankenhäuser sind ganz ungeeignet. Es sind mir viele Fälle bekannt, wo gerade in diesen Selbstmord versucht wurde und auch oft gelang. Handelt es sich um sehr bemittelte Kranke, so kann natürlich auch eine

Privatirrenanstalt gewählt werden. Auch manche sog. private Nervenheilanstalten sind für leichtere Fälle, in welchen die Angst nicht zu lautem Jammern und Toben führt, also namentlich für viele Fälle von Melancholia passiva geeignet, wofern die Geldmittel des Kranken ausreichen, nicht nur den Aufenthalt in einer solchen Anstalt, sondern auch den in einer solchen ganz unerlässlichen Privatpfleger zu bezahlen.

Die Ueberführung ist unbedingt möglichst zu beschleunigen. In manchen Anstalten ist eine direkte Aufnahme, ohne vorherige Einholung der Genehmigung der Behörden, auf das Zeugniss des Arztes hin zulässig. In vielen anderen muss erst die Genehmigung der Behörden eingeholt werden. Der Arzt hat nicht nur die Pflicht, diese Einholung im gegebenen Fall möglichst zu beschleunigen, sondern auch nach seinem Theil dahin zu wirken, dass diese erschwerenden, den Kranken gefährdenden Bestimmungen beseitigt werden.

b. Behandlung der Melancholia gravis bis zur Einlieferung in die Anstalt.

Die Hauptaufgabe dieser Behandlung ist, wenn Melancholie vorliegt, erstens die Verhütung von Selbstmord und zweitens die provisorische Einleitung einer zweckmässigen Behandlung der Krankheit selbst.

Zur Erfüllung der ersten Aufgabe — Verhütung von Selbstmord — sind folgende Anordnungen erforderlich, welche sofort, nachdem die Diagnose auf Melancholie gestellt ist, zu geben sind. Vor allem ist der Kranke, wenn irgend möglich, in einem Parterrezimmer unterzubringen. Erfahrungsgemäss ist der Selbstmord durch Sturz aus dem Fenster besonders zu fürchten. Lässt sich ein Parterrezimmer durchaus nicht für den Kranken frei machen, so lasse man wenigstens durch den Schlosser einen Nothverschluss am Fenster anbringen, welcher es dem Kranken unmöglich macht, das Fenster selbst zu öffnen. Zugleich ist anzuordnen, dass behufs Lüftung des Zimmers nur die oberen Fensterflügel geöffnet werden und auch diese nur, wenn der Pfleger unmittelbar neben dem Kranken sitzt. Auch das Vorziehen

der Läden kommt zur Verhütung eines Sturzes aus dem Fenster in Betracht; man muss nur wiederum eine Schlussvorrichtung an den Läden anbringen, welche der Kranke selbst nicht öffnen kann.

Die Thür zum Zimmer des Kranken bedarf ebenfalls der Sicherung. Es ist schon oft genug vorgekommen, dass ein Kranker trotz ständiger Gegenwart eines Pflegers plötzlich aus dem Zimmer herauseilte und sich entweder aus dem offnen Fenster eines benachbarten Zimmers oder zum Treppenhause hinunterstürzte oder zum nächsten Teich oder Baum lief, um sich zu ertränken bezw. zu erhängen. Der nachsetzende Pfleger kommt in solchen Fällen oft zu spät. Wo solche Befürchtungen gerechtfertigt sind, soll der Pfleger bezw. die Pflegerin die Thür von innen abschliessen und zwar so, dass der Kranke nicht aufschliessen, wohl aber von aussen der Verschluss geöffnet werden kann. Letzteres ist deshalb nothwendig, weil zuweilen der Pfleger bei sehr erregten Melancholischen rasche Hülfe braucht und im Ringen mit dem Kranken den zu Hülfe eilenden Personen nicht selbst von innen öffnen kann.

Dem Kranken selbst ist unter allen Umständen dauernd Bettruhe anzuordnen. Die Ueberwachung wird dadurch erheblich erleichtert und auch für die Behandlung der Krankheit ist Bettruhe nur vortheilhaft (s. u.). Am besten verlässt man die Wohnung des Kranken nicht, bevor man sich überzeugt hat, dass er im Bett liegt. Die körperliche Untersuchung giebt ja einen bequemen Anlass, Bettruhe herbeizuführen. Die Kleider werden am besten aus der Stube ganz entfernt. Speziell überzeuge man sich, dass der Kranke nicht Messer, Scheeren, Glasscherben, Stricke mit in das Bett nimmt. Ich habe schon mehr als einmal in der Tasche oder im Bett eines Melancholischen Stricke, Scherben, Messer gefunden. In einem Fall fand ich eine vermisste Scheere schliesslich in der Vagina der Kranken! Am besten wird weiterhin das Bett 2 × täglich — unter dem Vorwand des Lüftens und Ordnens — revidirt.

Ferner ist sofort eine ununterbrochene Ueberwachung des Kranken anzuordnen. Liesse man den Kranken allein, so würde trotz der getroffenen Vorsichtsmassregeln Parterrezimmer, Fensterverschluss, Bettruhe, Entfernung gefährlicher Instrumente — ein Selbstmord unzweifelhaft zu Stande kommen: der Kranke würde sich einen Streifen aus seinem Betttuch reissen und sich am Thür- oder Bettpfosten aufhängen oder eine Fensterscheibe zertrümmern und mit den Scherben die A. radialis zerschneiden, alles Vorkommnisse, für welche jeder Psychiater Beispiele anführen kann. Deshalb ist unerlässlich, dass eine zuverlässige Person fortwährend um den Kranken ist. Auch nicht für Augenblicke darf sie den Kranken verlassen. Muss sie sich entfernen, so hat sie zu warten, bis eine ebenso zuverlässige Person sie ablöst. Am besten würde sich zur Ueberwachung natürlich ein geschulter Pfleger eignen. Meist wird jedoch ein solcher nicht zu beschaffen sein. Man wählt dann irgend eine zuverlässige Person aus der Umgebung des Kranken und sucht durch wiederholte, eingehende Instruktion und öftere eigene Kontrole den Mangel an Erfahrung bei dem Pfleger auszugleichen. Namentlich kann man nicht oft genug einschärfen, dass der Pfleger durch die scheinbare Ruhe des Kranken sich nicht täuschen lassen darf. Selbstverständlich ist, namentlich wenn sich die Ueberführung in die Anstalt länger hinzieht, der Pfleger öfter auch für längere Zeit abzulösen. Man richtet dann am besten einen regelmässigen Wechsel ein. Wenn irgend möglich, ist auch im Hinblick auf Vorkommnisse, wie ich sie oben S. 203 mitgetheilt, dafür zu sorgen, dass der Pfleger im Notfall rasch Hülfe erhalten kann. Man sorge also dafür, dass Jemand in den Nachbarzimmern sich aufhält. Auch eine Pfeife als Hülfesignal ist sehr zweckmässig.

Besondere Vorsichtsmassregeln erfordert weiterhin die Ueberwachung des Kranken bei dem Essen, bei dem Stuhlgang und während der Nacht. Bezüglich des Essens ordne man an: kein Messer, keine Gabel darf in das Zimmer kommen. Fleisch etc. wird geschnitten in das Zimmer ge-

bracht und von dem Kranken mit dem Löffel gegessen. Scheut man sich, dem Kranken das wirkliche Motiv anzugeben, so kann man mit guten Grunde sich auf seine Verdauungsstörungen berufen, welche ein feines Wiegen des Fleisches räthlich erscheinen lasse. Wenn der Pfleger im Zimmer des Kranken isst, so hat auch er sich auf den Löffel zu beschränken. Missachtung dieser scheinbar pedantischen Vorschriften hat schon zu manchem Selbstmord geführt. Nur wenn prinzipiell jedes scharfe Instrument aus der Stube des Melancholikers verbannt ist, ist Sicherheit gegeben. — Den Stuhlgang hat der Kranke auf seiner Stube abzumachen (Stechbecken, Bidet etc.) Ueber die Lüftung ist bereits oben das Nothwendige angegeben worden. — Nachts lässt man am besten bei dem Kranken wachen. Dabei hat der Pfleger die Schlüssel zu Thür und Fenster um den blossen Leib zu binden: es steht sonst zu fürchten, dass er gegen seinen Willen einschläft, der Kranke sich der Schlüssel bemächtigt und nun den Selbstmord ausführt. Nachts ist natürlich regelmässige Ablösung der überwachenden Personen besonders nothwendig.

Die Erfüllung der 2. Aufgabe — provisorische Einleitung der später in der Anstalt fortzuführenden Behandlung — ist fast ebenso wichtig. Erfahrungsgemäss heilen Melancholien, deren Vorbehandlung vor der Anstaltseinlieferung unzweckmässig gewesen oder ganz unterblieben ist, erheblich langsamer. 3 Massregeln kommen namentlich für die Vorbehandlung in Betracht

α. Bettruhe
β. Opium
γ. hydropathische Einpackungen.

Die Bedeutung der Bettruhe für die Ueberwachung wurde oben bereits hervorgehoben. Auch therapeutisch ist sie von grosser Bedeutung. Der Kranke wird dadurch den wechselnden Eindrücken des täglichen Lebens, an welche Angstaffekte und Angstvorstellungen anknüpfen können, mit einem Schlag entzogen. Dem erschöpften Nervensystem werden Innervationen erspart, der gestörten Cirkulation (s. o.) die günstigsten Bedingungen behufs Regulirung verschafft.

Ebenso ist die Opiumbehandlung in jedem Fall geboten. Auch sie wirkt direkt selbstmordverhütend dadurch, dass sie die Angstaffekte abschwächt, vor allem aber sichert sie bei frühem Einsetzen und methodischer Durchführung einen wesentlich kürzeren und leichteren Krankheitsverlauf. Ich verweise bezüglich dieser und andrer Einzelheiten auf meine Psychiatrie (Berlin. Verl. von Fr. Wreden 1894) und hebe hier nur Folgendes hervor. Zunächst gebe man 4 × 0,05 Opium pulv. in Pulvern oder in Pillen. Auch die Tinctura Opii simpl. kann verwandt werden (4 × 10 Tropfen). Bei sehr entkräfteten, ferner bei sehr jugendlichen oder sehr alten Individuen und endlich bei Herzkranken wird man die Dosis natürlich etwas niedriger bemessen. Die besten Tageszeiten für die Opiumdosen sind Morgens 7 Uhr, Nachmittags 3 Uhr, Abends 8 Uhr und Abends 10 Uhr. Weiterhin steigt man täglich um 0,05 Opium. Am besten verlegt man die höchsten Dosen auf den Abend, um für die Nacht mehr Ruhe zu erzielen. Nur wenn die „Morgenangst" (s. o.) sehr intensiv ist, gibt man Morgens (eventuell schon um 5 Uhr) eine stärkere Dosis. Auf diesem Weg wird man bereits am 5. Tag 4 × 0,1 Op. geben können. Auch jetzt steigt man etwa in derselben Weise weiter. Machen sich Intoxikationserscheinungen bemerklich (schwerere Miosis, stärkere Somnolenz), so bleibt man 1—2 Tage auf derselben Dosis stehen. Eventuell kann man späterhin auch noch eine Nachtdosis einschalten. Ist der Kranke einmal einen Tag etwas ruhiger gewesen, so ist dies kein Grund mit der Steigerung einzuhalten: man soll vielmehr trotzdem mit der Dosis steigen und so dem kommenden neuen Angstaffekt gewissermassen vorauseilen und vorbeugen. Keinesfalls lasse man sich auch durch einen vorübergehenden sehr durchschlagenden Erfolg der Opiumbehandlung bestimmen die Anstaltsüberführung aufzuschieben oder ganz zu unterlassen; erfahrungsgemäss stellen sich sehr bald doch wieder stärkere Angstaffekte ein.

Die subkutane Anwendung des Opiums (Extr. Op. aq. 1,0, Aq. dest. 15,0, Glycerin 5,0) ist weniger zweckmässig;

namentlich ängstigt sie ungebildete Melancholische oft in nachtheiliger Weise. Man beschränke daher die subkutane Therapie auf

1. Fälle, in welchen schwere Magen- und Darmstörungen vorliegen,
2. sehr schwere Angstanfälle, in welchen es darauf ankommt, den Kranken sehr rasch zu beruhigen.
3. Fälle, in welchen die Kranken sich gegen das Einnehmen von Arzeneien durchaus sträuben.

Morphium scheint mir nicht ganz so zweckmässig wie Extractum Op. aquos. Für die Dosirung hinsichtlich der Wirkung auf die Psyche ist festzuhalten, dass 5 cg Opium pulv. per os etwa 4 cg Extr. Op. aq. subkutan und 1 cg Morphium subkutan entsprechen.

Die höchste Dosis, bis zu welcher man ausserhalb der Anstalt steigen darf, ist 0,2, eventuell auch 0,25, die höchste Tagesdosis 0,8—1,0. Meist wird durch die Einlieferung in die Anstalt dem Arzt eine so hohe Steigerung der Dosen erspart.

Die hydropathische Behandlung vermag die Wirkung der Bettruhe und des Opiums wesentlich zu unterstützen. Ausserhalb der Anstalt ist die hydropathische Einpackung am räthlichsten. Man lässt die Arme jedenfalls aus der Einpackung fort, die Temperatur soll 24°, die Dauer 1 Stunde betragen. Am geeignetsten sind die Abendstunden. Prolongirte Bäder (26—28°, 1 Stunde) wirken auch oft günstig, sind aber oft nicht zu beschaffen und namentlich deshalb bedenklicher, weil der Kranke dabei seine Stube verlassen muss und so leicht Gelegenheit zu einem jähen Suicidversuch findet.

Ausser diesen allgemeinen durch die Krankheit als solche gegebenen Indikationen kommen für die Vorbehandlung noch zahlreiche spezielle Indikationen, welche durch einzelne Symptome gegeben werden, in Betracht. Die für die Praxis wichtigsten sollen im Folgenden erledigt werden.

Zunächst ist der Arzt den tobsüchtigen Erregungszuständen der Melancholia agitata gegenüber oft in Ver-

legenheit. Opium per os versagt hier. Auch subkutane Injektionen von Extr. Op. aq. und Morph., welche man zunächst versuchen wird, reichen oft nicht aus. Am Sichersten wirkt dann eine subkutane Einspritzung von 0,015 Morph. + 0,0005 Hyoscin (hydrochlor. oder hydrojod.). Auch hier wählt man bei schwächeren Kranken die Dosis etwas niedriger, bei stärkeren etwas höher. In der Regel tritt danach mehrstündiger Schlaf ein. Auch für die spätere Ueberführung des Kranken in die Anstalt ist, falls stärkere Agitation besteht, eine solche gemischte Einspritzung sehr zweckmässig.

Besondere Schwierigkeit bietet ferner die Ernährung des Kranken. Cacao, Milch (mit Kalkwasser, 1 Essl. pro $^1/_2$ Lit.), Eier, Fleisch, Butter empfehlen sich für die Diät des Melancholischen ganz besonders. Süsse Speisen und auch Mehlspeisen werden schlechter vertragen. Grüne Gemüse (Kohl, Salat, grüne Bohnen etc.) und Beerenfrüchte sind jedenfalls zu verbieten. 1—2 Glas Bier sind gestattet. Wein ist namentlich bei den senilen Formen oft vortheilhaft. Meist empfiehlt es sich zur einzelnen Mahlzeit nicht zu viel zu verabreichen und dafür Zwischenmahlzeiten einzufügen. Da das Opium die Salzsäuresekretion des Magens herabsetzt (auch bei subkutaner Verabreichung), so ist von Anfang an nach jeder eiweisshaltigen Mahlzeit 1 Esslöffel einer Salzsäurelösung (3 : 200) zu verabreichen. Etwaige Uebelkeit bekämpft man mit Eispillen oder kleinen Atropindosen (0,0005). Die üblichen Stomachica versagen bei der Melancholia gravis fast stets. Grösstes Gewicht ist auf peinlich genaue Mundpflege zu legen. Die Reinigung der Zunge, Zähne etc. muss eventuell von dem Pfleger vor und nach jeder Mahlzeit mit einem angefeuchteten Läppchen vorgenommen werden. Auch ist der Kranke zu 2stündlichem Ausspülen des Mundes anzuhalten. — Bei Nahrungsverweigerung greife man nicht zur Schlundsonde. Durch bald geduldiges bald energisches Zureden gelingt es meist den Widerstand des Kranken zu überwinden. Namentlich unmittelbar nach einer Einpackung lässt sich der Kranke oft

etwas einflössen. Vor allem biete man dem Kranken immer wieder etwas an und beseitige etwaige Verdauungsstörungen (s. u.), welche zur Nahrungsverweigerung oft ebenso viel beitragen wie die Angstaffekte und Wahnvorstellungen. Hält die Abstinenz trotzdem an, so verabfolge man ernährende Klystiere (1/2 L. Wasser, 2 Eier, 2 Essl. Stärkemehl, 0,05 Op. 1 Messerspitze Kochsalz, 31°). Bei schwächlichen Individuen beginne man mit solchen Klystieren vorsichtshalber schon nach 18 Stunden völliger Abstinenz, bei kräftigeren Personen kann man 24 St. warten. Schlundsondenfütterung kommt im Allgemeinen nicht vor dem 5. Tag völliger Abstinenz in Betracht. Selbstverständlich ist bei der Wahl des Zeitpunkts auch der Kräftezustand des einzelnen Kranken zu berücksichtigen und schliesslich massgebend.

Rauchen ist stets zu verbieten.

Grosse Schwierigkeiten kann auch die Obstipation des Kranken verursachen. Diese beruht auf der Melancholie. Die Opiumbehandlung, welche man oft verantwortlich machen wollte, stört die Darmperistaltik nur vorübergehend, im Gegentheil beobachtet man oft unter der Opiumbehandlung zugleich mit dem Nachlass der Angst einen Nachlass der Obstipation. Ist 36 Stunden kein oder wenigstens kein ausreichender Stuhlgang dagewesen, so lässt man ein Glycerinklystier oder eine Eingiessung geben. Auch Ricinusöl (2 Esslöffel Morgens nüchtern) ist zweckmässig. Nur in den hartnäckigsten Fällen wird man zu hohen Eingiessungen greifen müssen. Die zuweilen die Opiumbehandlung störenden Durchfälle bekämpft man mit Tinct. Coto oder Argentum nitricum. Auch Cotoin (0,1—0,15 mehrmals täglich) bewährt sich in solchen Fällen recht gut.

Der Schlaf ist allerdings oft sehr mangelhaft, doch ist ein öfterer Gebrauch von Schlafmitteln nicht zweckmässig. Man gebe höchstens gelegentlich neben der Abenddosis des Opiums 1 g Trional oder 2—3 g Chloralamid oder 4 g Amylenhydrat.

Von einer methodischen psychischen Behandlung kann während der kurzen Zeit der Vorbehandlung kaum

die Rede sein. Doch vermeide man vor Allem eine Diskussion der Wahnvorstellungen. Man beschränke sich auf ein kurzes Trostwort und eine gelegentliche autoritative gegen die Wahnvorstellungen gerichtete Versicherung. Sowohl gegenüber den Betheuerungen des Melancholikers, er sei nicht krank, sondern schlecht, wie gegenüber den übertriebenen Krankheitsvorstellungen anderer Melancholiker verweist man auf den Befund der ersten gründlichen Untersuchung. Dem ersteren sagt man, nach dem Befund sei sein Nervensystem jedenfalls krank, von dieser Krankheit solle er erst genesen, dann wolle man die Frage seiner Versündigung erörtern. Den letzteren theilt man mit, die Untersuchung habe ausser einem Gemüthsleiden nur dies oder jenes harmlose Symptom ergeben; in Folge des Gemüthsleidens überschätze er es ganz erheblich, man wolle aber beides, das Gemüthsleiden und das den Kranken beängstigende Symptom beseitigen. Man kann dann zur Beruhigung des Kranken auch wirklich eine Behandlung des Symptoms, an welches die Angstvorstellungen des Kranken anknüpfen, also z. B. des Herpes praeputialis, an welchen die Syphilisfurcht anknüpft, einleiten, man darf nur nicht glauben, dass mit der Beseitigung des bez. Symptoms die hypochondrischen Angstvorstellungen verschwinden. Hauptsache bleibt stets die Behandlung der Melancholie selbst. — Beschäftigung kann dem Kranken im Bett gestattet werden, jedoch nur, insoweit sie ohne scharfe Instrumente möglich ist.

Die fortlaufenden Besuche des Arztes sollten, wenn irgend möglich, täglich stattfinden. Bei jedem einzelnen Besuch ist über Folgendes zu fragen bezw. Folgendes zu untersuchen:

1. Temperatur, Respiration und Pulsfrequenz: insbesondere giebt die Respiration oft einen ausgezeichneten Gradmesser für die Affektstörung ab (s. in der Symptomatologie).

2. Contraktionszustand der peripherischen Arterien: je stärker die Arterien contrahirt sind, um so intensiver ist meist die Affektstörung.

3. Zungenbelag: dabei erinnert man den Pfleger an die Mundpflege.

4. Stuhlgang: auch hier ist sofort das Erforderliche anzuordnen.

5. Nahrungsaufnahme: man lasse sich genau aufzählen, was der Kranke in den letzten 24 Stunden genossen hat. In vielen Fällen ist es angängig und vortheilhaft, darüber Buch zu führen. Ist die Nahrungsaufnahme unzureichend gewesen, so mache man sofort selbst einen Versuch dem Kranken etwas einzuflössen (Milch, Bouillon mit Ei) und gebe dabei dem Pfleger ein Beispiel der hierbei unerlässlichen Geduld.

6. Schlaf.

7. Pupillen, behufs Controle der Opiumwirkung.

8. Psychischer Zustand: man frage den Kranken selbst nach seiner Traurigkeit und Angst, ob und wann sie besonders intensiv gewesen sind. Nach den Wahnvorstellungen den Kranken bei jedem Besuch zu fragen, ist geradezu schädlich. Aus der geringeren oder grösseren Langsamkeit der Antwort kann man zugleich einen Schluss auf den Grad der Denkhemmung ziehen. Eventuell kann man zur Prüfung der Denkhemmung noch einige gleichgültige Fragen zufügen.

Auf Grund dieser Feststellungen giebt man nun seine Verordnungen für die nächsten 24 Stunden (Opiumdosen, eventuelle Schlafmittel, Einpackungen etc.). Niemals verlasse man die Wohnung des Kranken, ohne nochmals die Vorsichtsmassregeln gegen Selbstmord kontrolirt und wieder eingeschärft zu haben.

Ist die Ueberführung in die Anstalt genehmigt, so zögere man keinen Tag. Bei agitirten Kranken gibt man, wie oben erwähnt, eine gemischte Morphium-Hyoscineinspritzung unmittelbar vor der Ueberführung. Auch eine stärkere in Wasser c. 4 Stunden vor der Ueberführung verabfolgte Trionaldosis (1,5 g) ist in solchen Fällen gestattet. Ruhigeren Kranken teilt man direkt mit, sie sollten jetzt in ein Krankenhaus überführt werden*), und sorgt nur für ausreichende Ueberwachung während der Fahrt (jedenfalls

*) Vergl. hierzu: Emminghaus, Behandlung des Irreseins im Allgemeinen. Handb. d. spez. Therapie. Band V.

2 Begleiter, wenn Eisenbahnfahrt erforderlich ist). Ganz unzweckmässig ist es, die Kranken zu täuschen und ihnen vorzureden, sie sollten nur Jemand besuchen, Jemand erwarte sie u. dergl. m. Man flösst dadurch den Kranken, welche später die Täuschung doch merken, ein oft schwer zu überwindendes Misstrauen ein, welches nicht selten den Erfolg der Anstaltsbehandlung anfangs in hohem Maasse hemmt. Alle Unwahrheiten, durch welche augenblickliche Erregung dem Kranken und dessen Umgebung erspart werden soll, rächen sich durch ein langewährendes Misstrauen der Kranken und sind daher durchweg zu vermeiden. Endlich darf ich wohl noch im Interesse der weiteren Behandlung in der Anstalt rathen, spätestens zugleich mit der Ueberführung den Anstaltsärzten eine ausführliche, alle in diesem Aufsatz zur Sprache gekommenen Punkte umfassende Krankheitsgeschichte mitzugeben. Speziell ist jedenfalls die Höhe der letzten Tagesdosis von Opium mitzutheilen.

c. Die dauernde Behandlung der Hypomelancholie.

Zu dieser soll sich der Arzt nur dann entschliessen, wenn er erstens Erfahrung in der Behandlung von Psychosen hat und zweitens die Familienverhältnisse günstig sind, so dass der nachfolgende Kurplan durchführbar ist und störende Gemüthsbewegungen nicht zu fürchten sind. Wenn eine dieser beiden Bedingungen nicht erfüllt ist, so thut man besser den Kranken einer Irrenanstalt oder Nervenanstalt zu überweisen. Da die meisten Irrenanstalten jetzt auch offene Abtheilungen für leichtere Kranke haben, so ist die Scheu, welche zum Theil auch heute noch besteht, ganz ungerechtfertigt. In manchen Fällen empfiehlt sich auch die Ueberführung des Kranken in eine verwandte oder fremde Familie. Schon der Aufenthaltswechsel wirkt zuweilen sehr günstig. Dabei ist natürlich vorausgesetzt, dass an dem anderen Orte die beiden zu Anfang aufgeführten Bedingungen erfüllt sind.

Unter den therapeutischen Massregeln steht die Regelung der Lebensweise oben an. Jedenfalls ist dem Kranken zunächst jede Berufsthätigkeit zu verbieten, weil die durch

seine Denkhemmung und Abulie bedingte Leistungsunfähigkeit beiträgt seine Depression zu nähren. Aus demselben Grunde ist Hausfrauen die Thätigkeit im Haushalt, namentlich alles selbstständige Disponiren zu verbieten. Um den Kranken die stündliche Qual des Entschlusses zu dieser oder jener Thätigkeit zu ersparen, regelt man letztere durch einen ausführlichen Stundenplan. Die Einzelheiten hängen natürlich von dem Geschlecht, dem Stand, der Bildung etc. des Kranken ab. Jedenfalls sind kurze, langsame, regelmässige Spaziergänge anzuordnen. Die Bettruhe ist auch auf einen Theil des Tages auszudehnen, jedenfalls aber nicht in das Belieben des Kranken zu stellen. Sehr wesentlich ist eine regelmässige Beschäftigung, welche den Kranken beschäftigt und ablenkt, ohne ihn anzustrengen und zu verstimmen. Zeichnen, Aquarelliren, Excerpiren, eventuell auch einfaches Abschreiben, leichte Uebersetzungen aus fremden Sprachen, Pflanzensuchen und Pflanzenbestimmen, Gartenarbeit, Holzsägen, Modelliren und dergl. mehr kommen namentlich in Betracht. Bei weiblichen Kranken sieht man auch bestimmte Stunden für leichtere Handarbeiten, Küchenarbeit etc. vor. Einfache Spiele wirken oft günstig*). Die üblichen gewaltsamen Zerstreuungsversuche (Konzerte, Theater, Gesellschaften) sind durchaus zu verwerfen. Sehr zweckmässig sind auch regelmässige, nicht anstrengende Turnübungen (Zimmergymnastik, Hantel- und Stabübungen). Der folgende Stundenplan hat sich mir z. B. bei gebildeten Kranken schon öfters bewährt:

Bis 9 Uhr Bettruhe
8 „ erstes Frühstück im Bett
9 „ kühle Waschung des ganzen Körpers (15° R 5′) und Toilette

---

*) Schon Willis (De anima brutorum. Pars pathologica S. 159. Opp. omn. Amstelaedami 1682) giebt ähnliche Vorschriften. Zunächst empfiehlt er Aufheiterung, z. B. durch „pictura“, dann aber fährt er fort: „quos deliciae aut ludicra non juvant (quibusdam enim melancholicis ea semper ingrata) illi ad negotia leviora ineunda suscitentur, — etiam peregrinatio interdum valde prodest“.

$9^1/_2$—10 Uhr Ruhe und 2. Frühstück
10—11 Uhr Zeichnen
11—12 „ leichte Küchenarbeit, Abstäuben etc.
12—$12^3/_4$ Uhr Spaziergang
1 Uhr Mittagessen
$1^1/_2$—$3^1/_2$ Uhr Bettruhe
$3^1/_2$ Uhr Waschung wie morgens, Toilette, Milchtrinken
4—$4^3/_4$ Uhr Spaziergang
$4^3/_4$—$5^1/_2$ Uhr Ruhe
$5^1/_2$—$6^1/_2$ „ Excerpieren, z. B. aus einer Reisebeschreibung
$6^1/_2$—7 Uhr Ruhe
7 Uhr Abendessen. Vorher 20 Hantelübungen. Danach zu Bett.
8—9 Uhr leichte Handarbeit
9 Uhr laue Waschung des ganzen Körpers (23° R 6′).

Selbstverständlich besteht die Kunst des Arztes gerade darin, diesen Stundenplan möglichst genau dem Einzelfall anzupassen. Täglich muss man sich vergewissern, dass der Kranke den Plan eingehalten, und sich zeigen lassen, was er geleistet.

Die Diät ist ähnlich wie bei der Vorbehandlung der Melancholia gravis zu regeln. Genaue Mundpflege ist auch hier nothwendig. Salzsäure ist nur zu verordnen, wenn Hypochlorhydrie nachgewiesen ist. Unter den Stomachicis bewährt sich Tct. nuc. vomicae am besten. Die Obstipation ist durch Leibmassage und Rumpfgymnastik methodisch zu bekämpfen, auch ist ev. Morgens nüchtern Compot zu geben. Ist der Ernährungszustand sehr stark gesunken, so kommt eine regelrechte Mastkur in Betracht. Eisen, Arsen und Chinarinde sind oft als Adjuvantia am Platze.

Der Schlaf bedarf zuweilen der Nachhülfe. Zuweilen genügt eine Flasche schweren Biers. Auch leichte Effleurage des Nackens und der Stirn ist zuweilen nützlich. Eigentliche Schlafmittel sind, wenn irgend möglich, vollständig zu

vermeiden. Höchstens darf wöchentlich einmal Chloralamid (2 g) oder Trional (1 g in heisser Milch) verabfolgt werden.

Im Uebrigen sind Medikamente nicht angezeigt. Speciell ist auch eine regelmässige Opiumbehandlung nicht angezeigt. Klagen die Kranken über leichte, unbestimmte Bangigkeit, so verordnet man gelegentlich 0,05 Opium oder 0,03 Codein phosphor. Stellen sich Angstaffekte ein, so tritt alles dasjenige in Kraft, was über die Behandlung der Melancholia gravis gesagt wurde; namentlich ist dann auch die Ueberführung in eine Anstalt zu veranlassen und bis zu dieser peinliche Ueberwachung wegen Selbstmords geboten. Auch wenn Angstaffekte nicht bestehen, thut man gut sich durch eine gelegentliche offene Frage (s. o.) zu orientiren, ob Selbstmordgedanken bestehen.

Sehr nützlich ist eine leichte hydrotherapeutische Behandlung. Namentlich wirken öfter wiederholte kühle Waschungen im Laufe des Tages günstig. Abends ist eine laue Abwaschung vorzuziehen (vgl. den obigen Stundenplan). Statt letzterer kann man gelegentlich auch eine hydropathische Einpackung (23° 3/4 St., bei Anämischen 26—29°) anordnen; die Arme sind jedenfalls freizulassen. Auch schwache faradische Bäder, (24°, 20—25 Min.) haben sich mir neuerdings in einzelnen Fällen recht gut bewährt.

Im weiteren Verlauf der oft sehr langwierigen Behandlung gewöhne man, wenn das körperliche Befinden sich bessert, den Kranken allmählich an mehr körperliche und später auch an mehr geistige Beschäftigung. Stellt sich ein längerer Stillstand in der Besserung ein und droht die Krankheit einen chronischen Charakter anzunehmen, so ist unbedingt ein Wechsel des Aufenthalts geboten, also z. B. Uebersiedelung in eine fremde Familie oder in eine Nervenanstalt oder eventuell eine Reise in Begleitung eines zuverlässigen Verwandten oder Freundes.

Die Melancholie ist eine der heilbarsten Geistesstörungen. Bei richtiger Behandlung beträgt der Prozentsatz der Heilungen über 90 %. Der Prozentsatz der thatsächlichen Heilungen ist erheblich geringer, weil viele Fälle ausserhalb der Anstalten verschleppt werden oder mit Suicid enden. Möge es diesen Zeilen gelingen, die Zahl dieser seither ungeheilt gebliebenen und doch heilbar gewesenen Fälle zu verringern.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle a. S.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover, Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg, Privatdoz. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Medizinalrat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. v. Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdoz. Dr. Windscheid in Leipzig, Dir. Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. **Konrad Alt,**

Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe (Altmark).

I. Band, Heft 4.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1896.

☛ Die Herausgabe dieser Sammlung entstammt der Überzeugung, dass gerade auf diesem Gebiete die meisten derzeit prakticierenden Ärzte so gut wie gar keine Ausbildung genossen haben und sich an ein nachträgliches Fortbilden durch Privatstudium aus Furcht vor der vermeintlichen Schwerverständlichkeit dieses ihnen gänzlich fremden Wissenszweiges nicht einmal herantrauen.

Bei der allgemein anerkannten sozialen Wichtigkeit dieses Specialfaches ist es aber von weittragendster Bedeutung, dass auch das Gros der praktischen Ärzte dem Studium der Nerven- und Geisteskrankheiten Interesse entgegenbringt.

Kommen doch gerade dem praktischen Arzte die Anfangsstadien und leichteren Formen nervöser und geistiger Erkrankung zur Beobachtung zu einer Zeit, in der durch rechtzeitiges Erkennen und dementsprechendes Eingreifen eine Heilung ermöglicht oder doch grösseres Unglück von dem Kranken und seinen Angehörigen abgewendet werden kann.

Das neue Unternehmen, welches durch die ständige Mitarbeiterschaft einer grossen Anzahl bekanntester Autoren aus dem Kreise der Neurologen und Psychiater, akademischer Lehrer, Anstaltsleiter und praktischer Nervenärzte gewährleistet ist, bezweckt die wichtigsten Ergebnisse unserer Specialforschung auch dem praktischen Arzt zugänglich, verständlich und wissenswert zu machen und gleichzeitig das Interesse für den Zusammenhang der Nerven- und Geisteskrankheiten mit Allgemeinerkrankungen zu heben. Jedes Heft bringt nur eine Arbeit, die mit Vermeidung allzuweitschweifiger Discussion strittiger Punkte sowie detaillierter Litteraturaufzählung, in klarer, knapper Darstellung den gegenwärtigen Stand einer zeitgemässen Frage aus diesem Gebiete übersichtlich und zusammenfassend behandelt. Bei dem Leser wird nicht mehr Bekanntschaft mit fachwissenschaftlichen Ausdrücken und Begriffen vorausgesetzt, als dies anlässlich der in ärztlichen Vereinen zu haltenden Vorträge gebräuchlich ist.

Bisher erschien:

I. Band.

Heft 1. **Die Frühdiagnose der progressiven Paralyse**

von

Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg.

Einzelpreis Mk. 1,50.

Heft 2 u. 3.

Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis

von

Professor Th. Ziehen in Jena.

Einzelpreis Mk. 2,—.

Neuere Ansichten

über

die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen,

entwickelt von

Privatdozent Dr. **Kirchhoff**,
Direktor der Provinzial-Pflege-Anstalt Neustadt in Holstein.

Halle a. S.,
Verlag von Karl Marhold.
1896.

Neuere Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen,

entwickelt von

Privatdozent Dr. **Kirchhoff**

Direktor der Provinzial-Pflege-Anstalt Neustadt in Holstein.

Die absichtliche Vermeidung des Wortes „Localisation“ in der Ueberschrift ist nicht die Folge einer übertriebenen Abneigung gegen Fremdwörter, sondern ist durch die Thatsache tiefer begründet, dass es schliesslich nach vielem Bemühen doch nicht möglich gewesen ist, den Ort geistiger Störungen im Gehirn in eng begrenzter Weise zu bestimmen. Trotzdem muss es aber eine der nächsten und wichtigsten Aufgaben der Psychiatrie bleiben, die Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen in dem Sinne immer weiter zu klären, dass man darnach strebt, die einzelnen Erscheinungsgruppen, welche mehr oder weniger beharrlich einheitliche Krankheitsbilder liefern, auf engere anatomische Grundlagen zurückzuführen. Es ist dies nicht eine Localisation im Sinne von Herderkrankungen, denn wir haben uns bei Geisteskrankheiten das Gehirn immer als Ganzes erkrankt zu denken, aber wir müssen doch festzustellen versuchen, in welchen Theilen des Gehirns die vorzugsweise in den Vordergrund tretenden Krankheitszeichen ihren Ursprung haben, welche das klinische Krankheitsbild beherrschen; die andern, vielfach auch verdeckten Krankheitsäusserungen wird man zur Vereinfachung der Untersuchung zunächst lieber für die Ortsbestimmung weniger beachten.

Nun höre ich den praktischen Arzt fragen: „Das ist gewiss ganz schön und interessant, aber ohne irgend welchen praktischen Wert. Die Herderkrankungen brachten uns

doch wenigstens soviel localisatorische Thatsachen, dass dann und wann chirurgische Operationen mit Erfolg ausführbar geworden sind. Aber diese verschwommenen örtlichen Grundlagen psychischer Störungen! das ist nichts!“ Dagegen bemerke ich: Die Hirnchirurgie hat gewiss eine Reihe glänzender Erfolge auf Grund der Herdsymptome erreicht, aber unsere Kenntnisse über die Thätigkeit des gesunden und kranken Gehirns sind durch sie doch auch nicht so sichergestellt, wie die Hirnkarten uns wohl glauben machen möchten, auf denen die Hirnfunctionen sorgfältig abgezirkelt und symmetrisch vertheilt vor uns ausgebreitet liegen. Wie die Karten über das Innere Afrikas nach jeder neuen Forschungsreise andere Grenzen zeigen, ähnlich geht es auch mit unsern Hirnkarten. Unsere Kenntnisse über Vertheilung der Funktionen des Gehirns auf seiner Oberfläche sind noch schwankende, im Werden begriffene. Man denke an den Wandel der Ansichten über die Localisation der Sprache. Das kleine Broca'sche Rindenfeld in der linken untern Stirnwindung wurde durch die Wernicke'sche Stelle in der obern Schläfenwindung ergänzt; in Berührung mit den optischen Centren fanden sich neue anatomische Grundlagen, so dass jetzt ein Sprachfeld in die Hirnkarte eingezeichnet werden kann, dessen Ausdehnung die anfängliche Begrenzung nicht ohne Weiteres verstehen lässt, ganz abgesehen von tiefer unter der Hirnrinde liegenden Stellen und der ganzen rechten Hemisphäre, deren Beziehungen zur Sprache so vielfache sind. Ohne Rücksichten auf Einzelheiten darf man aber doch mit Freud als sicher annehmen, dass dem Sprachapparat in der Hirnrinde um die Inselgegend herum ein zusammenhängendes Rindengebiet zur Verfügung steht, welches zwischen den centralen Enden des Seh- und Hörnerven sowie der motorischen und sensibeln Nerven in der Rinde der linken Hemisphäre ausgebreitet liegt, wohin wahrscheinlich von identischen Stellen der rechten Hirnhälfte Verbindungsfasern einstrahlen. Doch ist die Sprache hier nicht Alleinherrscher, sondern dies Gebiet steht in seinen verschiedenen Theilen auf jeder Seite unter

sich und auch mit andern benachbarten und ferneren Hirntheilen durch zahlreiche Associationsfasersysteme in Verbindung. Jede Erkrankung des Sprachfeldes muss daher mehr oder weniger deutliche geistige Störungen hervorrufen, und umgekehrt müssen geistige Störungen, die ihren anatomischen Ausgang ausserhalb der Sprachfelder nehmen, auch sprachlich kenntlich werden, sobald jene Associationssysteme ergriffen werden. In diesem Sinne nannte Wernicke jede Geisteskrankheit ein Beispiel von transcorticaler Aphasie, soweit sie in verkehrten sprachlichen Äusserungen des Kranken zu Tage tritt.

Dies Beispiel weist uns schon hin auf eine Solidarität des Gehirns bei seiner geistigen Thätigkeit; es ist ein Beweis für den engen Zusammenhang geistiger Functionen. Dann ist es nur ein Schritt weiter, um zu sehen, dass das ganze cerebro-spinale Nervensystem einheitlich thätig ist, und wir sind vor dem Versuch gewarnt geistige Störungen nur an engbegrenzte Gehirnteile gebunden zu betrachten. Es ist dies eine Thatsache von grundlegender Bedeutung, die ich in einem gewissen Gegensatze zu den localisatorischen Erfolgen der Hirnchirurgie zu den bedeutsamsten für Denken und Handeln des Arztes anzusehen nicht anstehe; wie sie zunächst den Psychiater darauf hinweist, nicht nur einen kranken Theil des Gehirns zu beachten, sondern das ganze Nervensystem und den ganzen Menschen, so lehrt sie jeden Arzt über dem kranken Organ nicht die Person zu vergessen. Weil gerade die Psychiatrie uns in jedem ihrer Abschnitte dieselbe Thatsache predigt, eindringlicher als alle andern medicinischen Disciplinen, ist sie auch für den jungen praktischen Arzt so besonders wichtig. Darin sehe ich eine der Hauptaufgaben der psychiatrischen Klinik und ihre grosse allgemeine Bedeutung, dass sie die Persönlichkeit im Kranken voranstellt, ohne doch das vorzugsweise erkrankte Organ und System zu übersehen.

Also grade diese etwas unbestimmten Grenzen der örtlichen Grundlagen geistiger Störungen können uns lehrreich und von greifbarem praktischen Nutzen bei der Be-

handlung von Kranken sein. „Nun ja“, höre ich erwidern, „das ist mir verständlich, aber dergleichen halbwegs ideale Anschauungen muss man am Ende schon von anderswo her mitbringen, denn auf der Universität hat man genug zu thun, um die überreiche Fülle der Einzelerscheinungen verstehen zu lernen“. Ich will nicht entgegnen, dass gerade gegenüber der fast erdrückenden Menge von Einzelheiten der Hinweis auf ideale Anschauungen so wichtig ist, weil sie, man mag sagen was man will, doch auch allein im Stande sind, jeden strebsamen Realisten zu Erfolgen zu leiten; ich will nicht weiter auseinanderzusetzen versuchen, dass jedes Fach, welches es als eine seiner Hauptaufgaben ansieht, das mitgebrachte ideale Interesse mindestens zu erhalten, von besonderer Bedeutung sein muss — ich will hier lieber einige andere Gesichtspunkte und Beispiele zu entwickeln versuchen, welche im Stande sein möchten, den Werth des Forschens nach örtlichen Grundlagen geistiger Störungen ins Licht zu setzen.

Eine der geläufigsten Thatsachen ist die scharfe Localisation motorischer Functionen um die Rolando'sche Furche in der sogenannten centro-motorischen Region. Die neuere Forschung zeigt nun, dass in dies ganze Gebiet auch sensible Nervenendigungen einstrahlen, so dass die Vertretung der gekreuzten Körperhälfte hier neben allen motorischen auch für fast alle sensibeln Nerven zu finden ist. Ausser durch eine Reihe klinischer und experimenteller Beobachtungen ist dies Verhalten namentlich durch die neueren entwicklungsgeschichtlichen Forschungen Flechsigs festgestellt, deren epochemachende Bedeutung für die weitere Entwicklung unserer psychiatrischen Anschauungen uns noch mehrfach beschäftigen muss. Flechsig nennt dies Gebiet im Anschluss an Munk die Körperfühlsphäre. Auch Athmung und Kreislauf sind motorisch und sensibel in ihr vertreten; diese Fasern laufen mit dem Stabkranz der Centralwindungen im hintern Drittel der inneren Kapsel abwärts. In diesem Zusammenhang wird es uns verständlich, dass alle mit Störungen der Athmung und des Kreislaufes ein-

herlaufenden Gemüthsbewegungen und Affekte nach Flechsigs Ansicht ihren Ausgangspunkt in der Körperfühlsphäre haben müssen, und dass hier auch die Verknüpfungspunkte der Gefühle mit dem Bewusstsein liegen. Man wird daher auch die Gefühle der Lust und Unlust, welche sich in den mit lebhaften Affekten verbundenen geistigen Störungen regelmässig von starken Bewegungen begleitet finden, in der Körperfühlsphäre entstehend denken müssen, hier auch ihre Hemmungen vor sich gehend annehmen. Mit andern Worten die Depressions- und Exaltationszustände der alten Schule können nur bei Betheiligung der Körperfühlsphäre des Gehirns in Erscheinung treten; die anderen Erscheinungen der betreffenden Psychosen müssen natürlich auf Erkrankung benachbarter Hirntheile bezogen werden.

In einem ganz neuen Lichte erscheint uns jetzt eine der wichtigsten geistigen Störungen, der Schmerz. Ich muss etwas weiter ausholen, denn nicht ganz mit Unrecht höre ich erstaunt fragen: „Der Schmerz? eine geistige Störung? wo ist überhaupt die Grenze zwischen körperlichem und geistigem Schmerz? denn hauptsächlich von letzterem kann hier doch nur die Rede sein?“ Gewiss, antworte ich, und die Grenze ist da, wo eine jede Empfindung sich in eine Vorstellung umsetzt, im Gehirn, im Bewusstsein; denn die Schmerzleitung in tieferen Theilen, besonders auch im Rückenmark, kann wohl reflectorische Äusserungen bedingen, aber dem Bewusstsein doch oft entgehen. Entweder ist es nun die einmalige Heftigkeit eines Reizes, seine übermässige Dauer oder die fortgesetzte Häufung an und für sich kleiner Eindrücke, welche zu einer Empfindung die Vorstellung, das Gefühl der Unlust hinzufügen; dies geschieht aber erst im Gehirn, dem Organ des Bewusstseins. Freilich verlegen wir das Gefühl des Schmerzes ebenso wie das entgegengesetzte der Lust, des Sinnenkitzels in die Peripherie, in der der Reiz in der Regel auch zuerst einsetzt; denn es sind nur scheinbare Ausnahmen, wenn im Gehirn selbst oder im Verlaufe sensibler Nerven in seiner Nähe Reize einwirken, die ja dem

Bewusstsein gegenüber immer noch periphere bleiben. Sicher entsteht der Schmerzreiz im absterbenden Nerven eines Amputationsstumpfes in der Peripherie, namentlich so lange noch neuritische Vorgänge mitwirken; es kommt aber vor, dass nach Ablauf der letzteren ein dann cerebral bedingter Schmerz fortbesteht. Ähnlich kann eine ursprünglich peripher bedingte Trigeminus-Neuralgie sogar nach intracranieller Exstirpation des Nervus trigeminus mit seinem Ganglion Gasseri bestehen bleiben. Dieser cerebral bedingte Schmerz lässt seinen centralen Ursprung gelegentlich daran erkennen, dass er von besonderen Mitempfindungen begleitet ist, die den besonderen Charakter von dem jeweiligen Zustande des Gehirns erhalten. So vermischt sich eine chronisch gewordene Amputationsneuralgie mit eigenthümlichen Stellungsgefühlen der Finger, Juckreizen von früheren leichten Eczemen an denselben; es mischen sich also Gedächtnissbilder von früheren Nebenempfindungen, die nur im Gehirn selbst entstehen können, mit peripheren Reizen, nach Zurücktreten dieser bleibt sogar eine nur cerebral bedingte Neuralgie übrig. Voraussetzung ist nur eine grössere Reizbarkeit des Gehirns, welche dann durch beliebige, selbst schwache Reize das Gefühl des Schmerzes entstehen lässt, die auf anderen Wegen dorthin gelangen. Verwandt ist mit diesen Zuständen die halbseitige Hyperalgesie bei Hysterischen, deren cerebraler Ursprung ebenso wie der der halbseitigen, oft nur auf umschriebene Gebiete einer Körperhälfte beschränkten Anaesthesieen nicht zu bezweifeln ist.

Übertragen wir jetzt diese Überlegungen auf einen Zustand mit rein psychischen Schmerz. Denken wir uns einen von Seelenpein erfüllten Melancholiker; jeder sensible Reiz von der Peripherie aus langt in einem überreizten Gehirn an, alle Lebensvorgänge des Körpers können solche Reize sein. Erst im Gehirn erhalten sie den Charakter der Unlustempfindung, werden dann aber auf dem Wege der excentrischen Projektion als peripher entstanden aufgefasst. Dann hemmen sie wieder den geregelten Ablauf der Func-

tionen des Körpers, und der circulus vitiosus ist geschlossen. Gelingt es dem Arzt diesen irgendwo zu unterbrechen, so kann er den Zustand lösen und heilen. Zuweilen können wir durch gute Körperpflege, besonders durch Ernährung und Hautpflege, Bäder u. s. w. unseren Zweck erreichen; eine unmittelbare Beeinflussung des Reizzustandes im Gehirn ist zu versuchen durch Arzneimittel, gelegentlich durch elektrische Behandlung in erfahrener Hand, es ist aber klar, dass es sehr schwer ist, den Ort im Gehirn zu treffen, der die Umsetzung der peripheren Reize in Schmerz- und Unlustempfindungen und ihren Eintritt ins Bewusstsein enthält. Trotzdem bleibt es die Aufgabe der Forschung nach diesem Ort zu suchen, wenigstens die Durchgangsstationen der Schmerzen im Gehirn aufzusuchen, wenn es auch kaum gelingen wird, ihren Eintritt ins Bewusstsein nachzuweisen.

Ich kann hier nicht genauer eingehen auf die Frage, ob es in Peripherie und Rückenmark schon eigentliche Schmerzfasern giebt, muss aber doch bemerken, dass die neueren Ansichten sich hier mehr gegen die Annahme spezifischer Schmerzleitung richten, — erst ganz neuerdings werden in den grauen Säulen des Rückenmarks lange Schmerzfasern beschrieben — dass man die Schmerzen z. B. durch Summation der Reize in Tast-, Druck- oder Temperaturfasern entstanden denkt. Auch im Rückenmark ist der Schmerz dann nur eine Intensitätszunahme jener Reizqualitäten, also nur quantitativ, nicht spezifisch von ihnen geschieden. Oder der Schmerz wird überhaupt nicht als eine besondere Qualität der Hautempfindungen ins Auge gefasst, sondern als ein Unlustgefühl erklärt, welches starke Hautempfindungen begleitet; da ein solches Unlustgefühl nur im Gehirn entstehen kann, nähert sich diese Anschauung der oben entwickelten. Für unsere Betrachtung ist aber die Thatsache von weit grösserer Bedeutung, dass es im Gehirn selbst den Schmerz gesondert leitende Fasern zu geben scheint, die getrennt von Tast-, Druck- und Wärmefasern zur Rinde laufen. Sollte also thatsächlich die Schmerzleitung in Peripherie und Rückenmark noch vereint mit

diesen Qualitäten der Empfindung vor sich gehen, so muss eine Auslösung der Schmerzfasern und ihrer Function irgendwo im Gehirn stattfinden. Vielleicht geschieht dies in der Nähe der inneren Kapsel in dem Theil des Hirns, der mit Rücksicht auf seine entwickelungsgeschichtliche Entstehung Vorderhirnganglion heisst und aus dem äusseren Glied des Linsenkerns, dem Putamen, und dem Nucleus caudatus besteht. Diese grauen Massen gehören im entwickelungsgeschichtlichen Sinne zur Hirnrinde; ob sie Endapparate des Schmerzleitungssystems sind, ist um so schwerer zu entscheiden als auch andere Functionen, z. B. trophische in ihnen zu Stande zu kommen scheinen. In einem demnächst im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erscheinenden Artikel habe ich diese Fragen genauer erörtert. Immerhin aber ist die Wahrscheinlichkeit einer nahen örtlichen Beziehung von trophischen und Schmerzfasern im Gehirn von Interesse für die Auffassung der die Affektzustände so oft begleitenden Ernährungsstörungen; die Möglichkeit durch Besserung der letzteren die Affekte zu lindern, erscheint dadurch wieder in ein helles Licht gerückt.

Die weitere Frage wie und wo die Schmerzen bewusst werden, ist freilich hierdurch noch nicht erledigt; denn das Organ des Bewusstseins können wir uns nicht an einzelne Stellen der Hirnrinde gebunden vorstellen, sondern müssen wir in ihrer ganzen Ausdehnung suchen, soweit Associationsfasern in ihr verlaufen. Dies schliesst natürlich nicht aus, dass gewisse Stellen durch ihre Verbindungen geeigneter sind, periphere Reize dem Bewusstsein zu übermitteln, dass die Verknüpfungen und Kreuzungen der verschiedensten Eindrücke hier gewissermassen Durchgangsstationen, Knotenpunkte finden. Soweit die absichtliche Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die in unserm Innern ablaufenden Vorgänge hierbei eine Rolle spielt, wird z.B. dem Stirnhirn eine grössere Bedeutung beigelegt. Übrigens weisen einige entwickelungsgeschichtliche sowie sonstige anatomische Beobachtungen und Versuche darauf hin, dass die Schmerzempfindungen vielleicht auch noch an den der Medianfläche des Gehirns zu-

gewandten Gyrus fornicatus gebunden sind; Flechsig rechnet ihn zu der Körperfühlsphäre, und hält es für möglich, dass in ihm die sinnlichen Triebe centralisirt sind. Ist das Vorderhirnganglion aber nur Durchgangsstation, so könnte der Gyrus fornicatus den Endpunkt der Leitung enthalten. Weiteren Forschungen bleibt es auch vorbehalten festzustellen, wie sich die Endstationen von Schmerzleitung und Tastleitung auf der Hirnrinde zu einander verhalten, denn es ist eine klinische Thatsache, dass die Tastempfindungen einer Körperhälfte nach Erkrankung der gekreuzten Hirnhälfte ungestört verlaufen, die Schmerzempfindungen aber gelitten haben können.

Während wir zuletzt namentlich die Endapparate des Schmerzfasersystems ins Auge fassten, müssen wir jetzt noch einmal einen Blick werfen auf einen besonderen Theil der Schmerzleitung im Gehirn. Einige wenige Fälle haben gezeigt, dass kleine Herde in der innern Kapsel in unmittelbarer Nachbarschaft des Sehhügels oder in diesem selbst die Schmerzleitung stören können. Weil man nun im Thalamus ein Centrum für mimische Ausdrucksbewegungen kennt, ist der Zusammenhang von physiologischer Schmerzempfindung und ihrem Gesichtsausdruck wahrscheinlich in dieser Gegend reflectorisch und anatomisch bedingt. Da weiter in Affektzuständen und besonders in der Melancholie allgemeine Schmerzen und das Gefühl völliger Unlust, ein tiefes Weh die Kranken ergriffen hat, Zustände, die sich in typischen mimischen Ausdrucksstellungen zeigen (vgl. die Tafeln in meinem Lehrbuch der Psychiatrie), wird man nicht fehlgehen die anatomischen Grundlagen auch für diese pathologischen Zustände in den besprochenen Gegenden zu suchen; sie reichen also namentlich vom Thalamus an, vielleicht unter Einbeziehung des Vorderhirnganglions, durch den Stabkranz in die Körperfühlsphäre hinein und breiten sich dann von hier aus in den allgemeinen Organen des Denkens und Bewusstseins weiter aus, auch hinüber in die andere Hirnhälfte und zurück durch die breiten Commissurensysteme. Es bedarf

dann nur der Andeutung, dass das Zustandekommen maniakalischer und mit dem Gefühl gesteigerter Lust verlaufender Zustände in entsprechender Weise an dieselben Gegenden des Gehirns gebunden gedacht werden kann; jedenfalls werden von den unmittelbar benachbarten sensibeln Zuleitungen aus sowohl die mimischen Bewegungen wie jede psychomotorische Erregung hier eingeleitet sein. Flechsig sieht in der nahen Aneinanderlagerung der Endverzweigungen sensibler Leitungen und der Ursprungszellen motorischer Bahnen in der Hirnoberfläche ein für die Localisation psychischer Störungen überhaupt wichtiges Eintheilungsprincip.

Er unterscheidet in dieser Weise ausser der Körperfühlsphäre noch mehrere Sinnessphären, welche um Hauptfurchen liegen und alle durch einen Stabkranz mit tiefer liegenden Centren des Gehirns — z. B. mit den von Monakow Grosshirnantheile des Thalamus genannten — und des Rückenmarks in Verbindung stehen. Die dazwischen liegenden Rindenbezirke haben keinen Stabkranz und sind nach Flechsig die eigentlichen Associationscentren. Von seinen Sinnessphären sind die Seh- und Hörsphäre natürlich für unsere Betrachtungen noch von besonderer Wichtigkeit wegen ihrer anatomischen Beziehungen zu den geistigen Störungen.

Die Sehsphäre zeigt in Rinde und Hirnstamm einige der Körperfühlsphäre analoge Verhältnisse. Ähnlich wie hier eine Reflexaction, die Mimik, in Rinde und Thalamus dem sensibeln System angegliedert ist, so gehören dort die Augenbewegungen durch die vordern Vierhügel und äussern Kniehöcker anatomisch und physiologisch zu den Rindenbezirken, in welche die Gratioletschen Sehstrahlungen reichen; dies sind die den Fissurae calcarinae benachbarten Rindentheile. Eine Thatsache von grösster Bedeutung ist dabei die Beziehung und theilweise Ähnlichkeit des anatomischen Baus der Rinde und des peripheren Sinnesorgans, hier der Netzhaut des Auges. Mehr oder minder ist dies der Fall bei allen Sinnessphären, am deutlichsten aber in der Sehsphäre; hier scheint es auch nachgewiesen, dass Fasern von der Netzhaut ins Hirn hineinwachsen. Dadurch erscheint die

specifische Selbständigkeit dieser Bezirke sicher, so dass Flechsig in dieser Hinsicht eine Stellvertretung ihrer Functionen durch andere Hirntheile ausschliesst. Interessant ist weiter, dass die Sinnesleitungen zwischen peripherer und centraler Endausbreitung sich im Foetus am frühesten mit Markscheiden umgeben, anscheinend immer im Anschluss an den zeitlichen Eintritt der Function. Die Lage der Hörsphäre im hintern Theil der oberen Schläfenwindungen ist ja bekannt; einige etwas tiefer versteckt liegende Querwindungen sollen für diese Function besonders wichtig sein. Ich erwähne dann noch, dass die Riechsphäre wahrscheinlich im Gyrus Hippocampi, und der Geschmack im Uncus, nahe dem Mandelkern zu localisiren ist.

Wir dürfen jetzt die Frage aufwerfen, wie weit hallucinatorische Psychosen oder doch Hallucinationen überhaupt sich anatomisch localisiren lassen. Die klinischen Bilder wechseln so mannichfaltig, dass man schon erwarten muss keine scharf umgrenzten Gebiete dafür nachweisen zu können. Zwischen und namentlich hinter allen diesen Sinnessphären liegt ein grosses Associationscentrum, welches bei Erkrankung einer oder der anderen Sinnessphäre oder mehrerer zugleich mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen werden muss. Wahrscheinlich kann schon eine Störung in der ganzen entwicklungsgeschichtlichen Anlage diese Unterschiede bedingen; bei erworbenen Psychosen liegt es aber näher, den Grund der verschiedenen Betheiligung der Sinne in der Gefässversorgung zu suchen, welche individuell recht verschieden ist. Es würde dann für Jeden erst seine physiologische Hirnformel, wie man sagt, bekannt sein müssen, um die hallucinatorischen Bestandtheile seiner Erkrankung anatomisch begründen zu können. Wir werden also auch hier gewarnt vor der Aufsuchung zu eng umgrenzter klinischer Krankheitsbilder, die sich anatomisch sicher nicht begründen lassen und klinisch häufig nur dem Zufall eine analoge Wiederholung verdanken. Zusammenfassung nicht Zersplitterung muss die Aufgabe sein. Erst nach der Vereinfachung und Zusammenschiebung der jetzigen

Krankheitsgruppen kann es gelingen, ihren unerschöpflichen psychologischen Inhalt zu ordnen. Die oben über central und peripher bedingten Schmerz entwickelten Anschauungen würden sich in mancher Beziehung auch auf Unterschiede in der Entstehung der Hallucinationen anwenden lassen, auch das gelegentlich halbseitige Auftreten von Sinnestäuschungen zeigt die Verwandtschaft von Schmerz und Hallucination. Es würde zu weit führen, hier näher darauf einzugehen. Sicher ist aber, dass der Entsehungsort von Sinnestäuschungen auch ein centraler sein kann; in geistigen Störungen ist er es sogar meistens, es kommen aber periphere Hallucinationen neben centralen sehr häufig vor. Wir erkennen darin wieder die Zusammengehörigkeit des ganzen Nervensystems.

Doch sucht sowohl der Gesunde als der Kranke einzelne Vorgänge hervor und wendet ihnen seine besondere Aufmerksamkeit zu. Schon früher wurde angedeutet, dass man diese Function im Stirnhirn localisirt, doch muss man eingestehen, dass diese Annahme noch nicht fest genug begründet ist. Indessen ist sie aus verschiedenen Gründen sehr wahrscheinlich; zur Entwicklungszeit wächst mit der steigenden Fähigkeit bewusster Aufmerksamkeit und Auswahl vorzugsweise das Stirnhirn, später erhält es die umfangreichsten Verbindungen nicht nur mit allen Sinnessphären der Rinde, sondern auch mit dem so wichtigen Centralorgan im Hirnstamm, dem Thalamus. Unterstützt wird diese Ansicht von der besonderen Bedeutung des Stirnhirns durch die völlige Unfähigkeit zu jeder Art von Apperception bei starken beiderseitigen Schrumpfungen des Stirnhirns, z. B. in der progressiven Paralyse. Nach Wundts Vorgang unterscheidet man die aktive von der passiven Apperception. Ausser feineren psychologischen Unterschieden trennt sie besonders das Merkmal der Stärke, mit der sinnliche Gefühle die Thätigkeit der Aufmerksamkeit begleiten; beim aufmerksamen Hören nehmen wir in den Ohren, beim scharfen Sehen in den Augen eine Spannung wahr. Wenn wir uns mit gespannter Aufmerksamkeit auf Erinnerungsbilder be-

sinnen, ist eine eigenthümliche Empfindung wie eine Umspannung in den Schädelbedeckungen, Haut und Muskeln merklich. Ist diese Empfindung sehr stark, so verbinden sich z. B. mit den Spannungsempfindungen des Auges die entsprechenden Gesichtsvorstellungen, und es kann auf diesem Wege physiologischer Hemmung eine Beschränkung auf einzelne Associationen erfolgen. Die passive Apperception ist zwar schwerer trennbar von den sie begleitenden sinnlichen Gefühlen motorischer Innervation, aber diese sind bei ihr auch viel seltener als bei der aktiven Apperception; erstere geht vielfach unter dem Gefühl des Erleidens, diese als Willenswahl vor sich. In diesem Zusammenhange ist nun die eigenthümliche Localisation der Centren für Kopf- und Augenbewegungen in der Hirnrinde von besonderem Interesse. Das Thierexperiment hat gezeigt, dass Reize im Gebiet der Stirnwindungen, vor den Centralwindungen, Bewegungen des Kopfes und der Augen auslösen, während die eigentlichen Gesichtsmuskeln, die Zunge und die Extremitäten, namentlich in ihren Endgliedern, von den Centralwindungen aus innervirt werden. Nach Flechsigs Annahme reichen von hier aus Verbindungen nach Seh- und Hörsphäre, so dass die Functionen des Sehens, Hörens und der Aufmerksamkeit hier anatomisch verbunden erscheinen; die aktive Apperception könnte man sich näher als die passive am Stirnhirn zu stande kommen denken. Die natürlichen Stoffwechselvorgänge, welche Schlaf und Traum in der Hirnrinde hervorrufen, können die Apperception schwinden lassen; zuweilen bleiben Übergangszustände bestehen, so kommt es in tiefer Narkose vor, dass kein Schmerz, sondern nur die Berührung schneidender Instrumente empfunden wird. Ob anatomische Lageverhältnisse, grössere Nähe oder Entfernung vom Stirnhirn, hierbei eine Rolle spielen, ist aber nicht zu entscheiden.

Obwohl anatomisch nicht durchführbar in Einzelheiten, so hat doch einen allgemeinen orientirenden Werth eine Dreitheilung der Functionen auf der Hirnoberfläche, welche annimmt, dass das Stirnhirn als Apperceptionsorgan, die

Rolandosche Gegend für motorische und sensible Functionen, der grosse nach hinten liegende Rest als Sinneshirn und Perceptionsorgan dient. Allerdings ist diese Anschauungsweise jetzt schon überholt durch die Flechsig'schen Forschungen, behält aber doch insofern noch jetzt einen gewissen Wert, als sie die Gliederung des Hirns durch die grossen Furchen, um welche sich jene Functionen lagern, in Beziehung setzt zu der reichen Gefässversorgung der Rinde in jenen Furchen und ihrer Umgebung.

Den Werth der angedeuteten Theilung der Functionen auf der Hirnoberfläche glaube ich auch durch folgendes Beispiel andeuten zu können. Kraepelin, ein Forscher, dem gewiss localisatorische Bestrebungen fern liegen, der aber in ganz hervorragender Weise die Gabe besitzt, seine Ansichten didaktisch zu entwickeln, kommt auf einen verwandten Gedankengang bei der Schilderung der Verwirrtheit, die während der Entwicklung geistiger Störungen auftritt. Er trennt die deliriöse und hallucinatorische Form der Verwirrtheit mit starkem Hervortreten der sinnlichen Elemente unserer Vorstellungen von zwei andern Formen; bei einer von diesen herrscht die psychomotorische Erregung vor und kommt es zur Erscheinung ideenflüchtiger Verwirrtheit, während die dritte Form der Verwirrtheit sich unter rascher Steigerung der combinatorischen Phantasiethätigkeit entwickelt; bei dieser ist die Apperception am stärksten gestört und trifft die Wundt'sche Definition geistiger Störungen am vollkommensten zu, dass nämlich bei ihnen die successiven Associationen immer mehr die apperceptiven Verbindungen der Vorstellungen überwiegen. Man kann in dieser klinischen Gruppirung die oben entwickelte Dreitheilung der Functionen wiederfinden.

Nun wird mir einer der Herren Kollegen zurufen: „lieber Freund, diese Dreitheilung schmeckt mir doch gar zu sehr nach den früheren naturphilosophischen Eintheilungen in Seelenvermögen; dieser alte Wolf soll nun wieder in einem neuen Schafskleide eingeschmuggelt werden!" Dagegen muss ich Widerspruch erheben, denn es ist ja nicht

einmal die anatomische Eintheilung der Hirnoberfläche eine Dreitheilung, die Übergänge zwischen jenen grossen Gebieten sind fliessend, keine scharfen Grenzen, das Hirn functionirt immer wieder nur als Einheit. Auch eine ursprünglich vielleicht angedeutete Dreitheilung des Schädels in embryonale Schädelwirbel ist nicht nachweisbar in entsprechenden Hirnsegmenten. Eher könnte man versuchen eine solche Dreitheilung in den grossen Gefässprovinzen jeder Halbkugel wieder zu erkennen, in den Ausstrahlungsgebieten der Arteriae cerebri anterior, media und posterior. In der That ist ein solcher Zusammenhang angedeutet, aber doch nur in gewissen breiten Grenzen physiologischer Schwankungen. Die entwicklungsgeschichtlichen Anfänge dieser Gefässprovinzen sind leider noch nicht sicher genug bekannt, um die Beziehungen zu den späteren Functionen zu erkennen.

Die Gefässvertheilung in der Hirnrinde ist auch noch in einem andern Sinne von Interesse; es sind in ihr drei arkadenförmig übereinander geordnete Netze auf dem Querschnitt nachzuweisen. Zuweilen hat man gefunden, dass bei Tobsucht das Ernährungsgebiet des mittleren dieser Netze vorzugsweise erweicht; ein Versuch dieses Verhalten als ein innerlich und regelmässig zusammenhängendes zu erklären, ist aber kaum durchzuführen.

Die mit unbewaffnetem Auge schon kenntliche Eintheilung der Hirnrinde in drei Schichten deckt sich zwar nicht mit jenen Gefässgebieten, sie ist aber in andrer Weise zu einer Localisirung geistiger Thätigkeiten und ihrer Störungen benutzt worden; Wernicke hat drei verschiedene Arten des Bewusstseins unterschieden, die jenen drei Rindenschichten entsprechend örtlich so gruppirt sein sollen, dass ein Bewusstsein der Körperlichkeit, der Aussenwelt und der Persönlichkeit übereinander geschichtet zu denken wären. Wir können von einem tiefern Eingehen auf diese nicht befriedigende Vermuthung um so mehr absehen, als sie bis jetzt keine besondere Unterstützung gefunden hat, namentlich nicht durch anatomische Thatsachen.

Viel bedeutsamer und fester begründet ist die Aufstellung eigener „Denkorgane“ von Flechsig, die er in seinen schon oben erwähnten, anatomisch gut bestimmbaren Associations- oder Coagitationscentren (coagito = cogito) nachzuweisen sucht. Durch die Methode des Nachweises der Markscheidenbildung in foetalen und embryonalen Gehirnen konnte er feststellen, dass diese geistigen Centren erst nach dem inneren Ausbau seiner Sinnessphären, von diesen aus, Markfasern erhalten, wobei sich zahllose Leitungen von verschiedenen Sinnescentren verbinden und dicht nebeneinander in der Hirnrinde enden. Flechsig sucht nun in der Erkrankung der Associationscentren, die nicht nur die Rinde, sondern auch die verbindenden Systeme in sich schliessen, das eigentliche Object der Psychiatrie. Er unterscheidet ein vorderes, mittleres und hinteres Associationscentrum, verbindet die beiden letzteren aber vielfach in der Betrachtung als hinteres grosses, nach seiner Ansicht wichtigstes Centrum; dieses ist beim Menschen das weitaus grösste und bedingt seine geistige Überlegenheit, auch im Vergleich mit Thieren. Da es das mittlere insuläre, die Sprachvorstellungen enthaltende und der Hörsphäre benachbarte einschliesst, sich auch noch zwischen Seh- und Tastsphären einschiebt, ist es zu einem geistigen Centrum durch seine Lage noch mehr geeignet als das vordere. Die Beherrschung der Affekte, deren Centrale in der Körperfühlsphäre wir schon kennen, die Vorstellung der eigenen Person als eines handlungsfähigen Wesens glaubt Flechsig durch das vordere, die Vorstellungen der umgebenden Aussenwelt vom hinteren Centrum beherrscht. Das mittlere Centrum in der Inselgegend ist in gewissem Sinne selbständiger als die andern, wenigstens hat es nur wenig Verbindungen mit dem symmetrisch gelegenen in der andern Hirnhälfte, während jene andern durch zahlreiche Balkenfasern unter sich verbunden sind; die Eigenthümlichkeit einseitiger Localisation der Sprachstörungen beruht theilweise vielleicht hierauf. Im Erwachsenen stehen zwei Drittel der Hirnoberfläche allen

diesen höheren geistigen Leistungen vor, nur ein Drittel dient der Aufnahme der Sinneseindrücke. Während man früher nur im frontalen Hirn den Sitz des Intellekts suchte, findet Flechsig durch anatomische Nachweise diesen also auch an das hintere grössere Centrum gebunden.

Wir müssen diesen durch die entwicklungsgeschichtliche Forschung begründeten Fortschritt als einen gradezu epochemachenden begrüssen, der die Ziele und Wege psychiatrischer und psychologischer Forschungen für lange Zeit beherrschen wird; Flechsigs Ergebnisse sind die festen Säulen eines Baus, in den die Psychiatrie einziehen muss. Der volle Ausbau für die Pathologie wird zwar noch viel Zeit und Mühe erfordern, diese aber auch belohnen. Die Anwendung genetischer Methoden wird sich dabei auch in der klinischen Forschung Bahn brechen.

Es ist nicht möglich die vielen neuen Gesichtspunkte nur anzudeuten, die Flechsig eröffnet, und muss namentlich auf seine mit sehr anschaulichen Tafeln versehene Schrift „Gehirn und Seele“ (Leipzig 1896) verwiesen werden. Doch mögen hier einige Schlüsse erwähnt werden, die er für die Localisation psychischer Störungen selbst bisher kurz skizzirt hat. Das klinische Bild der Dementia paralytica mit seiner anfänglichen Selbstüber- oder unterschätzung und schliesslichen Gleichgültigkeit ist auch für ihn wesentlich durch Erkrankung des vordern Centrums bedingt, obwohl gelegentlich auch das hintere ergriffen sein kann. Er hält diese Krankheitsvorgänge dann aber für unabhängig von gleichzeitiger Meningitis. Ob er ähnlich wie neuerdings Kraepelin in Erkrankungen der Ganglienzellen durch eine Art Selbstvergiftung bei Stoffwechselstörungen des Körpers die erste Ursache der Psychose vermuthet oder wie Andere in ursprünglichen Systemerkrankungen, finde ich nicht ausgedrückt. Er bemerkt weiter, dass isolirte Erkrankungen des hintern Centrums unabhängig von Affekten verlaufen, zur Rathlosigkeit, Verworrenheit, Ideenarmuth und Personenverwechslung, schliesslich ebenfalls zum Blödsinn führen. Wenn nach

seinen Voraussetzungen die Sinnestäuschungen im Allgemeinen auch von Erkrankungen der Sinnessphären bedingt sein werden, so leitet er doch die hallucinatorischen Psychosen und die verwickelteren psychischen Störungen überhaupt, z. B. die Wahnsysteme aus combinirten Erkrankungen von Associations- und Sinnescentren ab. Von eigenem Interesse ist hierbei noch die Bemerkung, dass die uralte Unterscheidung von Sinnlichkeit und Verstand ein ähnliches Princip zum Ausdruck bringe wie die natürliche Sonderung der Sinnes- und Associationscentren.

Endlich betont auch Flechsig den individuellen Faktor bei den psychischen Krankheiten, indem er darauf hinweist, dass das Gehirn ein zähes Gedächtniss besitzt für alle Schädlichkeiten, denen es jemals ausgesetzt war, und dass sich auch diese in den Symptomen wiederspiegeln müssen. Ob es der anatomischen Forschungsmethode gelingen wird, sowohl hier, wie in andern psychischen Zuständen die erstrebte Klarheit zu bringen, ist abzuwarten; jedenfalls bedarf sie aber dabei der vollen Unterstützung durch die psychologische Forschung. Namentlich ist dies der Fall auf dem Gebiet der Sprache; die Sprache im weiteren Sinne des Wortes ist der Höhepunkt geistiger Entwicklung. Wo aus Vorstellungen abstracte Begriffe werden, hört die anatomische Grundlage auf; mögen wir uns das Gedächtniss der Ganglienzellen des Hirns auch noch so ausgedehnt, die Zahl der dabei gleichzeitig in Thätigkeit tretenden nervösen Elemente auch noch so gross vorstellen und, wenn das Wort erlaubt ist, noch so vielzellige Vorstellungen annehmen, niemals kann daraus ein Begriff werden, der abgelöst ist von den sinnlichen Eindrücken. Der Vorgang dieser Ablösung findet durch die Sprache statt, sie ist die Grenze des psychophysischen Parallelismus und unseres unmittelbaren Naturerkennens.

Soweit die Frage nach dem Verhältniss von Sprache und Geist auch die Ansichten über die örtlichen Grundlagen geistiger Störungen berührt, hat ein anderer Forscher, Wernicke, dessen Anschauungen vielfach von denen

Flechsigs abweichen, ein Anrecht neben ihm als wichtigster Förderer unserer Kenntnisse genannt zu werden. Vielleicht werde ich den Lesern ein andres Mal seine Anschauungen bei einer Betrachtung über Sprachstörungen und Geistesstörungen entwickeln dürfen. Hoffentlich aber ist es mir hier gelungen dem praktischen Arzt gezeigt zu haben, wie mächtig sich die Psychiatrie zu entwickeln versucht, und wie wichtig die Berührungspunkte sind, die sich immer wieder zwischen ihr und dem praktischen Leben finden, selbst auf einem so kleinen Theil ihres Gebietes wie dem hier besprochenen.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle

Die
Hysterie im Kindesalter.

Von

Prof. Dr. med. **L. Bruns**,
Nervenarzt,
Oberarzt der inneren Abteilung der Hannoverschen Kinderheilanstalt.

Zweite vielfach veränderte Auflage.



Halle a. S.
Verlag von Carl Marhold.
1906.

Dass diejenigen Krankheitszustände, die wir heute als „hysterische“ bezeichnen, solange die Hysterie überhaupt existiert — und sie dürfte wohl ziemlich ebenso alt sein, wie die Menschheit selbst — nicht nur Erwachsene, sondern auch das kindliche Alter befallen haben, kann einem Zweifel nicht unterliegen. Aus dem Mittelalter haben wir sogar die historischen Beweise dafür, dass die Hysterie in epidemieartiger Weise gelegentlich eine grosse Anzahl von Kindern auf einmal ergriff — ich will nur an die Tanzwut (die Chorea magna Germanorum), an die Kinderkreuzzüge sowie an die Sage vom Rattenfänger von Hameln erinnern. Freilich, dass es sich bei diesen Erscheinungen im wesentlichen um hysterische Krankheitsbilder gehandelt hat, das zu erkennen, war erst einer vorgeschritteneren Zeit und in der Hauptsache der allerjüngsten (Charcot, Richer) vorbehalten. Doch auch die klare ärztliche Erkenntnis, dass wenigstens gelegentlich die bekannten und seit den frühesten Zeiten allgemein als Hysterie bezeichneten Krankheitserscheinungen auch im Kindesalter zur Beobachtung kommen, liegt schon mehrere hundert Jahre zurück. Gilles de la Tourette nennt in seinem grossen Werke über die Hysterie als den Ersten, der erkannt hat, dass die kindliche Hysterie nicht so ganz selten sei, Carolus Lepois (1617) und zitiert von ihm den Satz: „Enim vero experientiae fide, multae puellulae vivunt hystericis tentatae symptomatibus ante duodecim aetatis annum“. Einschlägige Beobachtungen wurden im vorigen Jahrhundert von Hoffmann (1733) und Raulin (1759) mitgeteilt. Dass sie so wenig Beachtung fanden, lag wohl wesentlich an zwei Gründen, die aber in inniger Beziehung zu einander stehen. Erstens daran, dass man bis vor kurzem und teilweise auch noch jetzt an der irrigen Meinung festhält, dass die Hysterie, wie ihr Name will,

stets mit dem Geschlechtsleben des Weibes zusammenhinge: natürlich konnte sie dann auch nicht auftreten, ehe dieses Geschlechtsleben ein ausgebildetes war, also vor der Pubertätszeit. Zweitens daran, dass, natürlich aus demselben Grunde, dem Vorkommen der Hysterie beim männlichen Geschlechte die stärksten Zweifel entgegengesetzt wurden, obgleich schon Galen und viel später Sydenham (1757) das Vorkommen derselben bei Männern beobachtet hatten; die Entwickelung der Lehre von der Kinderhysterie musste dieser letzte Grund vor allem deshalb hemmen, weil im Kindesalter, wie wir sehen werden, die Hysterie des männlichen Geschlechts besonders häufig ist. Erst Briquet (1859) war es vorbehalten, gestützt auf ein grosses und unanfechtbares Material, diese beiden falschen Meinungen definitiv zu erschüttern; er konnte mitteilen, dass nach seinen Erfahrungen bei etwa $^1/_5$ der Fälle sich die Krankheit vor dem 12. Lebensjahre entwickelte, und dass etwa 5% aller Fälle Männer beträfen. Nur nebenbei mag hier gesagt sein, dass die Häufigkeit des Vorkommens der Hysterie beim männlichen Geschlechte in neuester Zeit immer mehr erkannt worden ist: der von Briquet angegebene Prozentsatz ist viel zu gering; schon Bodenstein hat 10% angeführt; neuere französische Autoren nehmen an, dass auf etwa 2—3 hysterische Frauen ein hysterischer Mann komme; ja dass in den ärmeren Klassen vielleicht sogar das Verhältnis sich zu Ungunsten der Männer noch mehr verschiebe (Marie). Wie sich das Verhältnis der Geschlechter gerade bei der kindlichen Hysterie stellt, soll, wie schon gesagt, weiter unten noch angegeben werden. Die Angaben von Briquet über die Häufigkeit der Hysterie bei Kindern haben ziemlich viel Widerspruch erfahren, obgleich schon 1874 ein so erfahrener Autor wie Jolly sich seinen Zahlen ganz angeschlossen hatte und obgleich auch, namentlich in den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts, sowohl die französische wie die deutsche und amerikanische Literatur wertvolle, Briquets Angaben vollständig stützende, Beiträge in dieser Hinsicht, namentlich über die Häufigkeit der Kindeshysterie gebracht hat. (Pâris, Cloppat, Goldspiegel, Schäfer, Jolly, Fürstner, Smidt, Seeligmüller). Jedenfalls

wird man das zugestehen müssen, dass wenigstens bis in die allerneueste Zeit dem grössten Teile, vor allem auch der ärztlicher Praktiker die kindliche Hysterie in ihren verschiedenen Erscheinungsformen bei weitem nicht so bekannt war, wie es diese Krankheit schon allein bei ihrer relativen Häufigkeit verdient, ja dass sie Vielen eine vollständige terra incognita war und z. T. wohl auch noch ist. Denn das war auch mir schon nach meinen ersten praktischen Erfahrungen ganz sicher, dass die Zahlenangaben, die Briquet über das Verhältnis der Hysterie der Kinder zu der der Erwachsenen gemacht hat, nicht übertrieben sind, eher noch hinter den tatsächlichen Verhältnissen zurückbleiben. Natürlich ergibt bei der anerkannten Häufigkeit der Hysterie im allgemeinen auch schon die Verhältniszahl Briquets eine sehr grosse Summe für die Kinderhysterie. Übrigens traf der Vorwurf, wenn es ein solcher ist, der geringen Kenntnis oder der geringen Beachtung der Kinderhysterie, wie Gilles de la Tourette mit Recht hervorhebt, nicht nur die ärztlichen Praktiker, sondern auch die Kinderärzte. Freilich hat Guinon nicht Recht, wenn er als rühmliche Ausnahme in dieser Beziehung nur seine Landsleute Simon und Grancher gelten lässt; ich will von deutschen Kinderärzten aus früheren Jahrzehnten nur Henoch mit seiner vorzüglichen Darstellung auch dieses Kapitels der Kinderpathologie anführen; auch in dem grossen Lehrbuche der Kinderheilkunde von Gerhard (1880) wird die Kinderhysterie von Emminghaus ausführlich abgehandelt, während allerdings Soltmann an derselben Stelle bei der differentiellen Diagnose der Epilepsie die kindliche Hysterie in kurzen Worten für recht selten erklärt.*)

In der neuesten Zeit haben sich allerdings alle diese Umstände sehr zu ihren Gunsten geändert, sowohl was die Anerkennung der Häufigkeit und Bedeutung der Kinderhysterie und die Beachtung und Bearbeitung die sie in der Literatur der Neurologen und Pädriatriker und auf wissenschaftlichen Versammlungen gefunden, anbetrifft, wie darin, dass auch die Praktiker über die Häufigkeit der Kinderhysterie und ihre Erscheinungsformen

*) Noch ganz neuerdings urteilt merkwürdiger Weise ebenso Sachs (Nervenkrankheiten des Kindesalters, deutsche Ausgabe 1897) der sogar die Hysterie der Erwachsenen für selten hält.

besser orientiert sind. In letzterer Beziehung muss ich zu meiner Freude berichten, dass ich, wenigstens in dem Bezirke, in dem ich arbeite, immer häufiger es erlebe, dass die Diagnose Hysterie schon früh richtig auch von den praktischen Ärzten gestellt wird, und ich glaube berechtigt zu sein zu der Annahme, dass diese bessere Kenntnis des Leidens zurückzuführen ist darauf, dass die erste Auflage dieser Abhandlung durch das rege Interesse, das ihr einige, mir befreundete Ärzte entgegenbrachten, in meiner Provinz weite Verbreitung gefunden hat und eifrig studiert ist. Ja, ich kann nicht umhin sogar zu glauben, dass durch die dadurch bewirkte weitere Verbreitung und Vertiefung der Kenntnisse über Kinderhysterie, die Zahl der mir aus der Provinz zugehenden hysterischen Kinder direkt abgenommen hat, da die betreffenden Fälle schon von den erstbehandelnden Ärzten richtig erkannt und mit Erfolg behandelt wurden.

Von literarischen Bearbeitungen der Kinderhysterie in den letzten 8 Jahren führe ich nur an, aus Deutschland: die erste Auflage dieser Arbeit, Baginsky's Lehrbuch der Kinderheilkunde, Mitteilungen von Sänger, Thiemich, Eulenburg und die grosse Monographie über die Hysterie von Binswanger (1904); in Frankreich haben Bézy und Bibent eine ausführliche Monographie über die Kinderhysterie veröffentlicht, ausserdem nenne ich Bérillon und Weill-Hallé; von englischen Autoren Tailor und Biller. Ausführlich besprochen wurde die Frage 1903 auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Cassel nach einem Referat von Thiemich und einem Correferate von mir*); ferner auf dem Kongresse französischer Irrenärzte in Toulouse 1897 nach einem Referate von Bézy. Die genauesten Literaturangaben fanden sich in der Monographie von Bézy und Bibent (Paris 1900); von 1897 an auch in den Jahresberichten über Neurologie und Psychiatrie. Berlin, S. Karger.

Übrigens ist es, wie erwähnt, keineswegs die relative Häufigkeit der Kinderhysterie allein, die ihre Kenntnis für den

*) Diese Arbeit ist in den Veröffentlichungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1903, in der Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie und (russisch) in Korsakows Archiv erschienen.

Praktiker wertvoll macht; es gibt wohl kaum ein anderes Leiden, dessen rasche Erkennung, die fast immer auch eine rasche Heilung im Gefolge hat, dem Arzte soviel Ansehen, dessen Verkennung ihm soviel Verringerung seiner Autorität, sagen wir es kurz heraus, in vielen Fällen eine so grosse Blamage eintragen kann, wie die kindliche Hysterie. Wer die verdutzten Gesichter der Eltern gesehen hat, wenn man ihnen ihr Kind, das Monate hindurch von ihnen und dem Arzt als schwer leidend und vielleicht sogar als unheilbar krank angesehen ist, direkt nach der ersten Untersuchung als geheilt (zum wenigstens von den manifesten Symptomen der Krankheit) zurückgegeben hat, wird über die Einbusse im Ansehen, die der vorher behandelnde Arzt durch einen jeden solchen Fall erleidet, nicht im Zweifel sein, er wird aber auch bei strengstem kollegialen Verfahren dies nicht ändern können; andrerseits weiss er, dass eine solche Heilung bei der grossen Freude der Eltern über diesen, kaum mehr gehofften Erfolg, sein eigenes Renommé weit mehr und weit rascher in dem ganzen Bezirke, aus dem der Kranke stammt, hebt und ausbreitet, als viele andere Fälle, auf die er weit mehr Mühe, Fleiss und Scharfsinn hat verwenden müssen. Aber wenn wenigstens der Misserfolg auf der einen Seite in der bisher angenommenen Weise immer nur wieder einem anderen Arzte zu Gute käme, so könnte man sich das noch gefallen lassen. Fast ebenso häufig aber, wie zum Professor oder zum Spezialarzt gehen die Eltern, wenn der Hausarzt nicht helfen kann, zum Kurpfuscher oder nehmen ihre Zuflucht zu den von der Kirche anerkannten oder den ganz apokryphen Wundern und mystischen Mitteln. Und dass diese beiden Instanzen gerade bei den Fällen von Hysterie ihre meisten und ihre auffälligsten Erfolge zu verzeichnen haben, diese Erkenntnis und die Kenntnis von der Häufigkeit der Heilung durch den Glauben dürfte wohl heute unter den Ärzten wenigstens Gemeingut sein*). „Gäbe es keine Hysterie, so gäbe es auch keine Wunderkuren und keine Wunderdoktoren", sagt Strümpell. Wie sehr aber das Ansehen der Ärzte, weniger allerdings durch

*) Man kann deshalb, wie ich unten noch ausführen werde, die Anwendung von Wunderkuren garnicht einmal immer verbieten.

die Erfolge heiliger Reliquien und wundertätiger Bilder, als durch die der Kurpfuscher in solchen Fällen leidet, brauche ich wohl nicht besonders hervorzuheben. „Tua res agitur," kann man auch hier dem praktischen Arzte nur immer wieder zurufen: lerne die Hysterie immer genauer kennen, dann wird diese auch in vielen Fällen heilen, ehe die Kranken oder ihre Angehörigen daran denken, die Hilfe eines andern Arztes oder gar des Kurpfuschers in Anspruch zu nehmen.

Wird man also bei nur einiger Sachkunde auch heute noch, trotz der freudigen Anerkennung, dass sich hier vieles gebessert hat, nicht umhin können, der weiteren Ausbreitung der Kenntnisse über die kindliche Hysterie unter allen Ärzten eine grosse praktische Bedeutung beimessen, so fragt es sich allerdings noch: zeigt die Hysteria infantilis so deutliche Differenzpunkte etwa in Bezug auf Symptomatologie, Prognose und Behandlung von der der Erwachsenen, dass sich ihre gesonderte Darstellung lohnt und rechtfertigen lässt? Diese Frage kann man nur bejahen; auf allen den speziell erwähnten Gebieten lassen sich wesentliche Charakteristika der kindlichen Hysterie anführen. Auf das einzelne wird später noch genauer eingegangen werden, nur eine Umrissskizze dieser Eigenheiten will ich hier schon geben. Die Kinderhysterie zeigt sich sehr häufig in der sogen. monosymptomatischen Form, in der Art, die die Franzosen als Forme fruste bezeichnen. Entweder es besteht nur eine einzige Krankheitserscheinung — etwa eine Lähmung, eine Kontraktur, ein engumschriebener Krampf — oder aber eine Kombination solcher Einzelsymptome, die übrigens auch mit einander abwechseln und aufeinander folgen können, so z. B. Astasie-Abasie mit Aphasie und Anorexie; hysterische Anfälle mit Stottern, Anorexie, Tachypnoe; Mutismus und Lähmung der Beine — sonst findet sich nichts. Vor allem fehlen sehr oft, wenn auch nicht ausnahmslos, die für die Differentialdiagnose so wichtigen sogenannten hysterischen Stigmata — so die sensiblen und sensorischen Störungen, spez. die Anästhesien; häufiger sind schon die krampferzeugenden (hysterogenen) und krampfstillenden (hysterofrenatorischen)

Punkte, welche letzteren übrigens hier ebenso wie bei Erwachsenen bestimmt erst gezüchtet werden müssen (s. u.). Da auch ausgesprochene Anfälle, namentlich die an Epilepsie erinnernden bei der Kinderhysterie im Ganzen nicht häufig sind, wenn auch, wie ich zugeben muss, nicht so selten wie ich früher annahm, so fällt auch die bei der schweren Hysterie der Erwachsenen so klare Unterscheidung zwischen interparoxysmellen Zeiträumen und den Anfällen selbst oft fort. Das Einzel- und oft einzige Symptom eines Falles von Kinderhysterie ist dann aber andererseits wieder meist ein sehr drastisches, in die Augen fallendes und oft für den Sachkundigen sofort als hysterisch zu erkennendes; fast immer handelt es sich um Symptome, die, wieder von den Franzosen, als Hysterie massive bezeichnet werden (Lähmungen, Kontrakturen, Monospasmen etc.); fast nie ist das Krankheitsbild ein so verwaschenes und langweiliges, wie so oft im interparoxysmellen Stadium bei der Hysterie der erwachsenen Weiber; in dieser Beziehung nähert sich die Hysterie der Kinder sehr der der Männer. Psychische Symptome treten, abgesehen davon, dass es sich nicht so selten um wehleidige und verzogene Kinder handelt, im ganzen wenig hervor. Am wichtigsten sind schliesslich noch die Unterschiede in prognostischer und therapeutischer Hinsicht — doch muss ich in dieser Beziehung ganz auf die speziellen Abschnitte verweisen.

Eine systematische Darstellung der Symptomatologie der Hysterie zu geben, ist schon bei der Hysterie der Erwachsenen, bei der enormen Polymorphie der Erscheinungen, eine sehr schwierige Sache. Dennoch ist es bekanntlich Charcot gelungen, einige Ordnung in dieses Chaos zu bringen, wesentlich durch die genaue Darstellung der ständigen Symptome der Hysterie, der sogenannten Stigmata auf sensibel sensorischem Gebiete: vor allem der Hautanästhesien und Gesichtsfeldeinengungen und der sogenannten hysterogenen und hysterfrenatorischen Zonen. Nun habe ich oben schon angeführt, dass die kindliche Hysterie diese Stigmata, namentlich die Anästhesien sehr häufig vermissen lässt, (genaueres darüber siehe

unten), dass sie sich oft auf ein einziges Symptom beschränkt, und dass es darauf ankommt, dieses Einzelsymptom als hysterisches zu erkennen. Damit fällt für die Hysteria infantilis die Möglichkeit einer alles umfassenden systematischen Darstellung der Symptome überhaupt fort. Man wird sich darauf beschränken müssen, die häufigsten und wichtigsten der hier vorkommenden Symptome und Symptomenkomplexe möglichst genau darzustellen. Da die Hysterie in der Wahl ihrer Erscheinungsformen ziemlich — allerdings wie wir sehen werden nicht vollkommen — unbeschränkt ist, da fast kein Einzelfall einem zweiten vollständig gleicht, so ist es natürlich nicht möglich, hier alles aufzuzählen: ich werde mich im allgemeinen auf selbst Erlebtes beschränken. Ich will hier keine Statistik der von mir beobachteten Fälle von Kinderhysterie geben, wenigstens nicht soweit es die Symptomatologie angeht, bemerke aber, dass mein Material in dieser Beziehung vom Beginn meiner spezialärztlichen Tätigkeit ein ziemlich grosses war und sich ganz besonders gesteigert hat, seitdem ich vor jetzt 11 Jahren die Leitung der innern Abteilung unseres Kinderspitals übernommen habe.

Sehen wir uns zuerst die Lähmungszustände an. Es kommen bei der kindlichen Hysterie schlaffe Lähmungen und solche mit Kontrakturen vor. Ob die eine oder die andere Form häufiger ist, ist mir zweifelhaft; ich persönlich habe mehr Lähmungen mit Kontrakturen gesehen *); von anderer, sehr erfahrener Seite (Charcot, Ziehen) wird wenigstens für die Hysterie im Allgemeinen die grössere Häufigkeit der schlaffen Lähmungen behauptet. Es kann sich um Paraplegieen der Beine, seltener der Arme, um Hemiplegieen, sehr häufig um

*) Die Bezeichnung Lähmung mit Kontraktur ist gerade bei der Hysterie cum grano salis zu verstehen. Ist hier ein Glied ganz kontrahiert, so ist es vollkommen funktionsunfähig und in diesem Sinne gelähmt, eine eigentliche Muskellähmung braucht dabei aber ebenso wenig zu bestehen wie bei knöcherner Ankylose der Gelenke; das ist ein Gegensatz zu den organisch bedingten Kontrakturen, die immer zum mindesten mit Parese verbunden sind. Doch gehen nicht so selten hysterische Kontrakturen aus hysterischen schlaffen Lähmungen hervor, und dann kann auch bei der Hysterie wirklich Parese und Kontraktur bestehen.

Monoplegieen oder nur um Lähmungen einzelner Gliedabschnitte handeln; Lähmung eines einzelnen Muskels ist dagegen wieder sehr selten. Lähmung aller 4 Extremitäten dürfte bei Hysterie nur sehr selten vorkommen.

Bei den hysterischen Hemiplegieen ist in den meisten Fällen das Gesicht unbeteiligt; manchmal wird Kontraktur der gleichen oder anderen Gesichtshälfte beobachtet, die zugleich die Zunge ergreift; in sehr seltenen Fällen besteht auch Lähmung des Gesichts. Beides, wie die Hemiplegie überhaupt, ist aber bei Kindern selten. Die an spinale oder radikuläre Lähmungen erinnernden hysterischen Paralysen (Para- und Monoplegieen) sind niemals genau wie diese angeordnet, nämlich nach der Gruppierung der einzelnen Muskelkerne und ihrer Ausläufer im Mark und in den Wurzeln — sondern es handelt sich um eine Lähmung ganzer Glieder oder ihrer einzelnen Abschnitte nach der peripheren Segmentierung, so des Oberarmes, des Unterarmes, der Hand. Im Gegensatz zu dem Verhalten bei organischen Hirnlähmungen ist bei hysterischer Lähmung oft Schulter- und Hüftgelenk mehr gelähmt als Hand und Fuss. In seltenen Fällen tritt, z. B. an den Händen, leichte Muskelatrophie ein, immer aber fehlt Entartungsreaktion.

Die Kontrakturen betreffen bei der kindlichen Hysterie ebenso wie bei der der Erwachsenen gelegentlich jedes Gelenk — häufig alle Gelenke einer Extremität. So beobachtete ich mehrere Male starre paraplegische Lähmung der Beine mit Kontraktur in beiden Hüften-, Knie- und Sprunggelenken, meist in Streck- manchmal auch in Beugestellung. Besonders gern aber befällt die hysterische Kontraktur, etwas in Gegensatz zu den Lähmungen, die Enden der Gliedmaßen; sie führt an den Händen und Fingern zu Beugekontrakturen; an den Füssen nicht selten zu komplizierteren Stellungen — so sah ich 2 mal Varocalcaneusstellung durch Kontraktur des Tibialis anticus, einmal Valgoequinusstellung durch Peroneuskontraktur. Seltener sind Kontrakturen der Rumpfmuskulatur, doch sah ich einmal eine solche mit Verkrümmung der Halswirbelsäule, die eine Tuberkulose derselben vortäuschte; häufiger an Torticollis erinnernde Zustände. Meist betrifft die Kontraktur sämtliche, das betreffende steifgestellte Glied bewegende Muskeln,

oder alle Beuger oder alle Strecker; wo die betreffende Gelenkbewegung aber im wesentlichen durch einen Muskel gemacht wird, kann auch nur dieser eine kontrakturiert sein — ich führe als solchen Fall eine starre Kontraktur eines pronator teres mit fixierter Pronationsstellung des Unterarmes an.

Die hysterischen Kontrakturen — auch die des Kindesalters, und wie mir scheint, diese sogar ganz besonders — haben zwei grosse Charakteristika. Erstens sind sie enorm stark, so dass es in vielen Fällen auch bei Kindern kaum gelingt, sie auszugleichen, was doch bei der organisch bedingten cerebralen Kontraktur immer leicht, bei der spinalen fast immer gelingt. Im Schlafe lösen sie sich natürlich; doch muss ich zugeben, dass es mir nicht immer gelang, das nachzuweisen, da die betreffenden Kinder oft einen sehr leisen Schlaf haben; sie erwachen sofort, wenn man den Versuch macht, das betreffende Glied zu untersuchen, und dann ist auch sofort die Kontraktur wieder da. Ebenso kann sie schon wieder vorhanden sein, noch ehe das Kind vollkommen aus einer Chloroformnarkose wieder erwacht ist. Ferner sind die hysterischen Kontrakturen bei Kindern, wie auch bei den Erwachsenen in der Regel schmerzhaft, wenigstens insoweit, dass jeder Versuch, sie auszugleichen, lebhafte Schmerzäusserungen der kleinen Patienten hervorruft. Da diese Schmerzen meist in die Gelenke verlegt werden, hat man diese Fälle häufig auch als Gelenkneuralgieen mit konsekutiver Kontraktur aufgefasst.

Die Sehnenreflexe sind bei der Hysterie der Kinder weniger häufig gesteigert als bei der der Erwachsenen. Bei den letzteren ist ein Patellarclonus, ein oft von Kranken sehr unangenehm empfundenes Überspringen der Reflexe auf ein anderes Bein, ja auf den Rumpf und die oberen Extremitäten etwas sehr gewöhnliches, ebenso auch eine Art von Achillesclonus, bei dem man aber fast immer das Gefühl willkürlicher Muskelaktionen hat und der deshalb meist auch nicht so andauernd und so regelmässig ist, wie der echte Clonus bei organischen Erkrankungen. Selbstverständlich kommt alles das auch bei namentlich älteren Kindern vor, auch ohne dass Lähmungen oder Kontrakturen bestehen. Was diese speziell anbetrifft, so ist z. B. bei schlaffer Lähmung der Beine bei

Kindern der Patellarreflex meist ganz normal; und auch bei der Kontraktur ist er, wenn er nicht wegen dieser überhaupt unauslösbar ist, meist nicht so lebhaft, wie er bei entsprechender organischer Kontraktur sein würde.

Deutliche Störungen der Sensibilität an den gelähmten oder kontrakturierten Gliedern sind bei Kindern jedenfalls erheblich viel seltener als bei Erwachsenen Bei Kontraktur im Fussgelenk fand ich zweimal den entsprechenden Fuss anästhetisch; bei einem dieser Fälle, der einen 12jährigen Knaben betraf, war auch das Gesichtsfeld derselben Seite eingeengt. Bei einer schlaffen Monoplegie des r. Armes konstatierte ich Anästhesie dieses Armes in den typischen von Charcot angegebenen Grenzen; als die Lähmung zuerst in der Schulter wich — fand sich die Anästhesie nur noch am Unterarme und an der Hand.

Das Eintreten der Lähmungen und Kontrakturen ist auch bei Kindern meist ein rasches, fast apoplektiformes; oft ist es allerdings nicht möglich, darüber etwas Bestimmtes auszusagen. Nicht selten findet sich die Lähmung auch morgens nach dem Schlafe.

Sehr viel häufiger als wirkliche Lähmungen und Kontrakturen sind im Kindesalter diejenigen Störungen der unteren Extremitäten, die man als Astasie und Abasie bezeichnet. Das Charakteristische dieser Störungen — die bei der kindlichen Hysterie übrigens mindestens zehnmal so häufig sind als bei der der Erwachsenen — besteht darin, dass, während die Muskeln der Beine im Liegen und Sitzen jede ihnen zukommende Funktion kräftig und präzise ausführen können, also in keiner Weise gelähmt sind, sie nicht im Stande sind, jene coordinatorische Muskeltätigkeit zu leisten, die zum Gehen oder Stehen nötig ist. Es ist, als ob die Kranken das Stehen oder Gehen vollständig vergessen hätten, aber nur dieses allein. In einem besonders charakteristischen Falle, den Charcot anführt, konnte der Kranke zwar nicht stehen und nicht gehen, wohl aber schwimmen, und es wäre sehr wohl möglich, dass eventuell einmal die Fähigkeit zum Radfahren bei der Astasie-Abasie erhalten bliebe. Natürlich trägt diese hysterische Erscheinung für den Kundigen ihre Signatur

auf der Stirn. Man hat sich auch Mühe gegeben, noch verschiedene Formen oder Varietäten dieser Astasie und Abasie aufzustellen; wollte man aber jede hier vorkommende Abart einzeln anführen, so würde man mit der Klassifikation wohl überhaupt nicht zu Ende kommen. Man kann sich begnügen, zunächst eine einfach paralytische, eine spastische und eine tremor- oder choreaartige Form der Astasie-Abasie zu unterscheiden. Bei der ersten Form fallen die Kranken, wenn man versucht, sie aufzustellen, einfach in sich zusammen; bei der dritten Form geraten sie erst in allmählich immer stärker werdendes Zittern oder Schütteln, das schliesslich zum Umfallen führt.*) Daneben kommen ataktische Störungen vor, die Ataxie hat meist den cerebellaren Typus. Die Astasie-Abasie kann kontinuierlich bestehen oder anfallsweise auftreten; in einem meiner Fälle letzterer Art setzte sie alle paar Monate unter heftigen Schmerzen ein. Einmal sah ich einen Fall von Abasie, den man in prägnanter Weise als Stottern der Beine bezeichnen konnte. Die Störung trat nur bei Beginn einer Bewegung ein; es war zuerst, als ob der Patient sich die grösste Mühe geben müsste, ein Bein überhaupt zu erheben, dann machte er damit ein paar Schritte auf der Stelle; plötzlich, wie explosiv, erfolgte der erste Schritt mit Lokomotion; und dann war der Gang ganz normal, bis der Pat. wieder anhielt oder eine Wendung machen musste oder auch nur auf oder von dem Bürgersteig treten musste. In diesem Falle begann dasselbe Spiel von Neuem. Übrigens betraf in diesem Falle dieselbe Störung auch alle übrigen Muskeln, z. B. die der Arme bei jeder ihrer Funktionen, die Sprachmuskulatur etc.

Zu den hysterischen Lähmungen, die häufig im Kindesalter vorkommen, gehört auch noch die Aphonie. Sie unterscheidet sich in nichts von der gleichen Störung bei Erwachsenen. Charakteristisch ist, dass bei voller Aphonie oft laut gehustet, gelegentlich sogar gesungen wird. Nicht so selten

*) Das sind aber ganz ähnliche Zustände, wie sie von Nonne und Fürstner als pseudospastische Parese mit Tremor nach Traumen beobachtet und beschrieben sind.

ist auch der Mutismus im Kindesalter*); hier verbindet sich die Aphonie mit totaler Aphasie — auch flüsternd kann kein Wort gesprochen werden; von echter, organisch bedingter Aphasie unterscheidet sich der Mutismus aber, auch abgesehen davon, dass die organische Aphasie fast nie mit Aphonie verbunden ist, leicht dadurch, dass hier jedes, auch das geringste Sprachrudiment fehlt, dass dabei aber eventuell glatt geschrieben und gelesen wird. Häufig habe ich bei Kindern hysterisches Stottern beobachtet. Es war charakteristisch dadurch, dass auch hier nur im Beginn einer sprachlichen Äusserung die Funktionsstörungen vorhanden waren; der Pat. gab sich vergebliche Mühe, die erste Silbe hervorzubringen oder er wiederholte diese mehrere Male; war er über den Beginn hinweg, so konnte er nun eine beliebig lange Leistung ohne Hindernis ausführen; etwa bis 50 zählen oder eine ganze Seite lesen. Unterbrach man ihn und liess nach einer Pause wieder beginnen, so trat dieselbe Störung von Neuem ein. Störungen in der richtigen Verwertung der Atemluft fehlten ganz. In einigen Fällen anderer Beobachter soll das Stottern nur bei einzelnen Buchstaben eingetreten sein; auch ist eine dem Stottern ähnliche Störung im Schreiben beobachtet (Schreibstottern). Manchmal geht das hysterische Stottern dem Mutismus voran oder besteht noch einige Zeit, wenn dieser geheilt ist.

Der hysterische Blepharospasmus ist im Kindesalter besonders häufig — im späteren Leben ist er geradezu selten. Er schliesst sich in der Regel an einen durch entzündliche Augenleiden oder Fremdkörper bedingten reflektorischen Augenschluss an. Charakterisiert ist er manchmal, aber bei weitem nicht immer, durch die bekannten Druckpunkte, speziell den supraorbitalen, deren Kompression den Krampf zur Lösung bringen kann — es handelt sich hier um echte spasmofrenatorische Punkte. Der Blepharospasmus hystericus ist oft ein sehr hartnäckiges Leiden. Ist er nicht ganz vollständig, beschränkt sich der Krampf mehr auf den oberen Teil des Orbicularis oculi und den Stirnmuskel, so kann auch eine Ptosis

*) An hysterischem Mutismus litt nach Herodot ein Sohn des Krösus, der lange Jahre stumm war; als aber bei der Einnahme von Sardes ein Perser seinen Vater töten wollte, bekam er vor Schreck die Sprache wieder.

vorgetäuscht werden; ich sah das bei einem 12jährigem Mädchen, bei dem diese falsche Diagnose gestellt war, die aber rasch geheilt wurde.

Wir kommen nun zu den eigentlichen motorischen Reizerscheinungen, zu denen wir ja freilich schon die Kontrakturen und vielleicht auch das Stottern rechnen müssen. Ein eigentlicher Tremor, der bei erwachsenen Hysterischen in verschiedenen Formen vorkommt, ist bei Kindern, wenn ich nach meinen Erfahrungen urteilen darf, selten; doch hat ihn z. B. Jolly häufig bei Kindern gesehen. Häufig sind choreatische Bewegungen. Oft sieht man bei hysterischen Kindern eine sehr ausgesprochene Gliederunruhe, die aber noch nicht eigentlich zur Chorea gerechnet werden kann, meist sieht die Sache mehr wie Verlegenheitsbewegungen aus. Aber auch ausgesprochene Chorea ist keineswegs selten. Namentlich bin ich der Ansicht, dass eine ganze Anzahl sogenannter Chorearezidive ein Ausdruck der Hysterie sind, vor allem die, die auf psychische Einwirkungen hin, spez. nach Schreck entstehen; hier hat im ersten Anfall eine echte, vielleicht rheumatische Chorea bestanden, das Rezidiv aber ist eine hysterische Imitation dieses ersten Anfalles. Diese Fälle heilen bei geeigneter Behandlung oft auffällig rasch; natürlich weiss ich wohl, dass auch echte Chorearezidive recht häufig sind. Nach Ziehen kann die hysterische Chorea auch als Hemichorea auftreten. Unzweifelhaft gehört auch ein Teil der als Paramyoclonus multiplex (Friedreich) beschriebenen Fälle zur Hysterie. So konnte ich vor Kurzem einen in jeder Weise typischen Fall bei einem älteren Knaben beobachten, über dessen Zugehörigkeit zur Hysterie die übrigen Symptome keinen Zweifel liessen. Andere Fälle dieser Art haben viel nähere Beziehungen zur Epilepsie oder auch ganz allgemein zur psychischen Degeneration. Eine ähnliche Mittelstellung nimmt auch die Chorea electrica Henochs ein — hier handelt es sich um blitzartig auftretende Zuckungen, besonders in der Schulter- und Rumpfmuskulatur; sie kommt fast nur bei Kindern vor. Beweisend für die Zugehörigkeit dieser Fälle zur Hysterie dürfte eine rasch eintretende Heilung sein, während die auf

degenerativer Grundlage oder auf Epilepsie beruhenden Fälle unheilbar oder nur zu bessern sind.

Mehr dem Tic convulsif ähnliche Zustände im Gesichte habe ich bei Kindern mehrmals beobachtet; in anderen Fällen handelt es sich eher um ein langsames Grimassieren, besonders war dabei die Mundmuskulatur beteiligt. Einmal sah ich anfallsweise auftretende krampfhafte Bewegungen des Unterkiefers bei einem 6jährigen Knaben. Sie waren nach einer Ohrfeige eingetreten; liessen sich durch Druck hinter den Ohren hervorrufen, durch Druck auf den Unterleib unterdrücken. Auch einen rotatorischen Tic des Kopfes sah ich einmal bei einem 7jährigen Knaben auf hysterischer Grundlage; er erinnerte sehr an die gleichen Krämpfe, die man nicht selten bei kleinen Kindern auf rhachitischer Basis beobachtet, doch fehlte der in den letzteren Fällen fast konstante schnellschlägige Nystagmus. Nicht so selten sind auch die sogenannten Accessoriuskrämpfe bei Kindern hysterischer Natur. An Athetosis duplex konnte ein Fall von klonischen Bewegungen der Finger bei einem Mädchen denken lassen; doch waren die Bewegungen zu gleichmässig klonisch und fehlten auch die bei doppelseitiger Athetose fast immer vorhandenen psychischen Störungen, die spastischen Paresen der Beine und die Bewegungen in Rumpf-, Hals- und Gesichtsmuskulatur. Schliesslich war auch die rasche Heilung für die Hysterie entscheidend.

Häufiger als die anderen Formen clonischer Bewegungsanomalien habe ich bei der kindlichen Hysterie diejenigen gesehen, die Charcot als Chorea rhythmica beschrieben hat. Hier handelt es sich um regelmässig wiederholte Bewegungen, die ganze Gliedmassen betreffen, und oft an gewisse professionelle oder sportliche Tätigkeiten (Schmieden, Rudern, Velozipedfahren, Schwimmen — Chorea malleatoria, natatoria etc.) erinnern. Dreimal, einmal bei einem Knaben und zweimal bei einem Mädchen sah ich rhythmisch wiederholte Grüssbewegungen des Oberkörpers und Kopfes (Salutations). Bei dem Knaben traten sie im Anfange nur ein, wenn er sich niederlegte, später auch beim Stehen und Sitzen.

Halbseitige, weniger allerdings bei direkter Beobachtung

als nach der Anamnese der Eltern an Jaksonsche Epilepsie erinnernde Anfälle habe ich bei Kindern öfters gesehen. Vor Jahren behandelte ich ein 13 jähriges Mädchen, das nach der Angabe der Mutter nur an der rechten Seite am Arm und Bein anfallsweise Zuckungen haben sollte, bei dem ich aber durch Beklopfen der Triceps-, Quradriceps- und Achillessehne beliebig auf beiden Seiten leichte und rasch vorübergehende clonische Zuckungen hervorrufen kann. — Diese leichte Auslösbarkeit der Anfälle durch irgend welche Manipulationen — besonders leicht gelingt die Auslösung oft durch fortgesetztes Beklopfen der Patellarsehne — die es bedingt, dass man die hysterischen Anfälle fast immer in der Sprechstunde zu sehen bekommt, ist überhaupt ziemlich charakteristisch für anfallsweise auftretende hysterische Symptome und stimmt auch für die mehr allgemeinen hysterischen Anfälle, für die sogenannte Hysteroepilepsie. Ich hatte nach meinen früheren Erfahrungen angenommen, dass ausgesprochen hysteroepileptische Anfälle im Kindesalter recht selten seien; dieselbe Ansicht vertreten übrigens Bézy und Bibent. In den letzten Jahren habe ich aber solche Anfälle viel häufiger gesehen; in dieser Beziehung stimmen meine jetzigen Erfahrungen also mit denen Fürstner's überein. Dagegen muss ich auch jetzt noch behaupten, dass sie fast nur ältere Kinder betrafen, die nahe am Pubertätsalter standen; nur einmal sah ich ausgesprochene hysterische Krämpfe bei einem 8, einmal bei einem 10jährigen Kinde; die anderen waren 13 Jahre und älter. In ihrer Art sind sie wie die hysterischen Anfälle der Erwachsenen sehr wechselnd; doch habe ich selbst auch mehrfach bei 12 bis 13jährigen Mädchen ganz der Charcotschen Beschreibung des Grand mal hysterique gleichende Zustände gesehen, bei denen neben den eigentlichen, ganz unregelmäßigen Krampfbewegungen auch die Stadien des Clownismus (arc de cercle-Bildung, Grands mouvements) und der heiteren oder schreckhaften Delirien mit Attitudes passionelles (Gebetstellung, Crucifixstellung) nicht fehlten. Diese und die mehr rudimentären Anfälle mit mehr isolierten Krampfbewegungen unterscheiden sich dann bei Kindern also in keiner Weise von den gleichen Zuständen bei Erwachsenen; ganz besonders charak-

teristisch sind die während des Anfalles fast stets vorhandenen Delirien; kriegt man, was wie gesagt meist gelingt, die Anfälle zu sehen, so kann man über ihre Natur meist nicht mehr zweifelhaft sein. Ebenso wie bei Erwachsenen kann man diese Krämpfe übrigens bei Kindern durch Druck auf gewisse Körperstellen zur Auslösung bringen (hysterogene Punkte) und wieder hemmen (hysterofrenatorische Punkte). Ja es gelingt dies bei Kindern meist noch leichter als bei Erwachsenen und man braucht sich garnicht an bestimmte Körperregionen (Abdomen resp. Ovarealgegend, grosse Gelenke, Nacken) zu halten. Von jeder beliebigen Körperstelle aus kann man vielmehr durch Druck oder Beklopfen sowohl das Einsetzen wie das Aufhören der Krämpfe bewirken, wenn man nur vorher etwa dem Assistenten oder der Pflegeschwester gegenüber einen solchen Erfolg unter Nachdruck vorausgesagt hat. Nicht so selten bleiben nach den Anfällen Lähmungs- oder Kontrakturzustände zurück; einmal sah ich Kontraktur der Finger, einmal Mutismus und später Stottern auf den Anfall folgen.

Häufiger als das Vorkommen an Epilepsie erinnernder Anfälle ist jedenfalls, dass die hysterischen Anfälle der Kinder ganz auf psychischem Gebiete sich abspielen. Henoch erwähnt eine Anzahl solcher Fälle, bei denen die Attaquen in plötzlich auftretenden heftigen, meist schreckhaften Delirien oder auch nur in Schreien und Toben bei mehr weniger klarem oder umdämmertem Bewusstsein bestanden. Auch kann es vorkommen, dass Anfälle von Pavornocturnus hysterisch imitiert werden. In einem von mir beobachteten Falle hatten früher wohl echte solche Anfälle bestanden, von denen die Eltern dem Kinde vielfach erzählt hatten. Einmal sah ich bei einem 11 jährigen Mädchen ausgeprägte Anfälle von Somnambulismus. Sie waren nach einem leichten Trauma eingetreten. Das Mädchen schloss plötzlich die Augen, ein leichtes konvulsisches Zittern ging durch ihren Körper — dann stand sie mit geschlossenen Augen auf, kratzte ein paar Mal an der Tapete und nun führte sie ganze Theaterstücke auf, wobei das eine Mal die Schule und die Lehrerin, das andere Mal ihre Puppen eine Rolle spielten. Dazwischen tanzte und sang sie oder sprach wie ihre kleine Nichte, die eben anfing das Sprechen

zu lernen. Diese Anfälle haben länger als 1/2 Jahr bestanden. Längerdauernde einfache hysterische Schlafzustände sind jedenfalls bei Kindern selten.

Ausgesprochene Zustände von Chorea magna, die ja nichts anderes ist wie Hysterie, sind im ganzen selten, aber bei Kindern jedenfalls häufiger als bei Erwachsenen. Vor 16 Jahren bekam ich 2 Schwestern aus der Lüneburger Haide zur Behandlung, die schon seit Monaten die ganze Umgegend in Aufregung gebracht hatten. Sie hatten täglich unzählige ohnmachtsähnliche Attaquen, an die sich dann ein wilder Bewegungsdrang anschloss, sie schlugen Purzelbäume, „gingen an den Wänden in die Höhe“, sprangen und liefen umher. Zugleich delirierten sie und hatten schon in Weissagungen einige Versuche gemacht, sodass die Leute aus der Umgegend sie als eine Art Wunder ansahen. Die jüngere Schwester hatte ausserdem seit Monaten eine Beugekontraktur des rechten Beines und kam mit einem Stocke zur Klinik. Ich bog sofort das Bein gerade — befahl ihr zu gehen, was sie auch tat und verbrannte den Stock vor ihren Augen. Diese jüngere hatte in der Anstalt noch einen Anfall, aber keinen mehr als ich die Kinder von einander trennte — beide Schwestern wurden bald geheilt entlassen. Das Purzelbaumschlagen im Bette sah ich noch in einem anderen Falle, der, was sehr charakteristisch ist, nebenbei an kompleter Astasie und Abasie litt.

Einen einzigen Fall von typischer Besessenheit habe ich ebenfalls auf dem Lande gesehen. Es handelte sich um einen Knaben, aus dem heraus eine „fremde Stimme“ sprach. Diese „fremde Stimme“ hatte ihre besonderen Abneigungen, speziell auch gegen den Arzt; wenn dieser kam, geriet sie in die wildeste Aufregung, schimpfte und rief krampfhafte Bewegungen des Körpers hervor. Der Kranke hatte seine Eltern ganz in der Gewalt — übrigens ein häufiges Vorkommnis bei der Kinderhysterie — sie mussten ihm ein besonderes, verdunkeltes Zimmer geben und durften ihm nur das Essen hineinstellen. Von einer Entfernung des Knaben aus dem Hause wollten sie damals nichts wissen; später ist das aber doch geschehen und ist der Knabe rasch geheilt. Für alle die erwähnten grossen Anfälle der Hysterie ist bei Kindern ebenso

wie bei Erwachsenen charakteristisch, dass fast nie das Bewusstsein ganz erloschen ist; am deutlichsten ist das zu sehen daran, dass oft während des Anfalls gegebene Suggestionen befolgt werden. Gerade die krampfhaften Zustände der Hysterie, vor allem die rhythmischen Krämpfe, und die Chorea magna treten manchmal auch in Epidemieen auf. Diese sind zwar heute viel seltener als in früheren Jahrhunderten, kommen aber immer noch vor, besonders in Schulen und Pensionaten; ferner in abgelegenen Dörfern, wenn die ersten Fälle besonderes Staunen der Bevölkerung erregt haben (s. o.). Vor nicht langer Zeit noch hat R. Wichman von einer solchen Veitstanzepidemie aus Wildbad berichtet. Auch neuerdings finden sich immer wieder Berichte über ähnliche Dinge in der Litteratur. Auch nach Vorführungen hysterischer Experimente und Missbrauch der Hypnose überhaupt hat man sie nicht selten beobachtet.

Zu den konvulsivischen Zuständen gehört auch der hysterische Husten und die Tachypnoë. Beides habe ich bei Mädchen, die allerdings schon über das Pubertätsalter hinaus waren, gesehen. Bei dem Husten war es charakteristisch, dass er garnicht im Kehlkopf zu Stande kam, sondern offenbar mit dem Munde gemacht wurde. Bei der Tachypnoë bestanden mindestens 60—80 Atemzüge in der Minute, ohne jede eigentliche Dyspnoe.

Dass die Störungen der Hautsensibilität, wenigstens in ausgeprägter Form, bei der Kinderhysterie im ganzen selten sind, habe ich schon oben angeführt. Am häufigsten bestehen alle die bisher beschriebenen Erscheinungen bei Kindern ohne Anästhesieen, namentlich habe ich in den vielen Fällen von Astasie-Abasie, die ich gesehen, nie Gefühlsstörungen gefunden. Natürlich ist das keine ausnahmslose Regel, und habe ich selber oben Fälle von Kontrakturen und schlaffen Lähmungen mit typischen hysterischen Anästhesieen angeführt. Vollständige Hemianästhesie habe ich aber im Kindesalter nie gefunden, und noch weniger noch ausgebreitetere Anästhesie. Sind aber überhaupt Störungen im Hautgefühl vorhanden, so gruppieren sie sich bei der Kinderhysterie, ähnlich wie die Lähmungen, den Gliedabschnitten entsprechend und sind in

keiner Weise mit der Anordnung organisch begründeter Gefühlsstörungen zu vergleichen.

Von Störungen der Sinne sind wohl noch am häufigsten solche des Sehens. Namentlich nach Blepharospasmus besteht manchmal eine Zeitlang Amblyopie oder Amaurose des betreffenden Auges; meist sind diese Funktionsstörungen wohl hysterischer Natur; bei ganz kleinen Kindern kann es sich auch wohl um ein Wiederverlernen des Sehens handeln. Gesichtsfeldverengung auf der Seite eines kontrakturierten und anästhetischen Fusses habe ich nur vereinzelt gefunden; will aber gestehen, dass ich Messungen mit dem Perimeter bei Kindern nur ganz selten gemacht habe. Hysterische Taubheit und spec. Taubstummheit ist im Kindesalter beobachtet — ein Fall von Taubstummheit, der bei einem 12 jährigen Knaben nach einem Trauma eintrat, heilte rasch, als der Pat. ins Wasser fiel und in Gefahr war, zu ertrinken. Geruchs- und Geschmacksstörungen habe ich bei hysterischen Kindern nie gefunden; ich habe aber auch nur selten danach gesucht.

Die Anästhesien der Haut, die Gesichtsfeldverengungen und die Geruchs- und die Geschmacksstörungen gehören nach Charcot zu dem Stigmata der Hysterie, an denen man diese auch erkennen soll, wenn sonstig Symptome fehlen. Es herrscht nun, um das hier gleich zu sagen, wohl unter den meisten Autoren heute Übereinstimmung darin, dass sie diese sog. hysterischen Stigmata, besonders die Anästhesie, für ebenso psychisch bedingt ansehen, wie alle übrigen Symptome der Hysterie; wie Möbius sagt, sind sie durch einfache oder mit affektiven Erregungszuständen verbundene Vorstellungen bedingt. Die Suggestion im weitesten Sinne als Fremd- oder Eigensuggestion oder eine Mischung von beiden, spielt also auch hier eine grosse Rolle, und einige Autoren, z. B. Strümpel, gehen mit gutem Grunde soweit, anzunehmen, dass wenigstens in vielen Fällen die hysterische Anästhesie nicht von vornherein vorhanden ist, sondern erst dann entsteht, wenn man auf sie untersucht; das heisst mit andern Worten, dass sie durch den Untersucher und die Untersuchung suggeriert wird. Ein neuerer, besonders psychologisch geschulter Autor, B. Hellpach gibt derselben Ansicht die Fassung, dass er sagt, der

Hysterische fühle, so lange er nicht zu fühlen genötigt werde, so lange also nicht durch die Untersuchung die Verhältnisse seines Hautgefühls scharf in das Blickfeld seiner Aufmerksamkeit gerichtet werden.

Ohne sich in allzu feine psychologische Erwägungen einzulassen, kann man dasselbe vielleicht so ausdrücken: Der erwachsene Hysterische, der an einer totalen Lähmung eines Armes oder Beines leidet, macht sich dann, wenn der Arzt ihn auf die Empfindungsfähigkeit untersucht, in seinem Laiengemüte die unbewusste — um dieses viel, insbesondere auch von Hellpach angegriffene, aber kaum entbehrliche Wort zu gebrauchen — Überlegung: „Ein total gelähmter Arm darf auch nicht fühlen! Wenn der Arzt auf die Gefühlsstörungen untersucht, erwartet er, solche zu finden; sie gehören sozusagen zu dem übrigen von mir dargebotenen Krankheitsbilde," und infolge dieser durch die Untersuchung selbst ihm suggerierten Überlegungen empfindet er wirklich einen in dem betreffenden Gebiete applizierten schmerzhaften Reiz nicht. Ich kann mir nun sehr wohl vorstellen, dass ein solcher, immerhin etwas komplizierter, seelischer Prozess bei Kindern weniger leicht sich abspielt, als bei Erwachsenen; dass die kindliche Seele, wenn ich so sagen darf, sich auch mit einer einfachen, nicht durch Anästhesie komplizierten Lähmung zufrieden gibt, ohne sich darüber weiter Gedanken zu machen. Vielleicht kommt noch dazu, dass bei einer ganzen Anzahl von erwachsenen Hysterischen, namentlich bei Unfallshysterischen — wieder natürlich unbewusst, denn sonst würde es sich um Simulation handeln — auch der Wunsch vorherrscht, dem Untersucher möglichst drastisch die Schwere und Objektivität des Leidens nachzuweisen; und eine mit totaler Anästhesie verbundene Lähmung imponiert dem Laiengemüt natürlich als schwerer, als eine solche ohne Anästhesie. Gerade dieser hier mit starken affektiven Erregungszuständen (Begehrungsvorstellungen) verbundene Wunsch, dem untersuchenden Arzte auch etwas Ordentliches zu bieten, bildet wohl eine sehr lebhafte Suggestion für das Eintreten derjenigen Störungen, nach denen der Arzt sucht. Für die kindliche Hysterie fallen aber wieder diese letzterwähnten Momente in den allermeisten Fällen fort. Kurz, ich

möchte annehmen, dass das häufige Fehlen der Stigmata und speziell der Hautsensibilitätsstörungen bei der kindlichen Hysterie (in Bezug auf Gesichtsfeldeinengungen und Geruchs- und Geschmacksstörungen habe ich keine eigenen Erfahrungen) auf der grösseren Einfachheit des kindlichen Seelenlebens und der geringeren Kompliziertheit seiner Überlegungen beruht, die wieder abhängt von der grösseren Einfachheit der das Kind umgebenden und es beeinflussenden Lebensverhältnisse.

Damit wäre dann zugleich ausgedrückt, dass das Fehlen dieser Stigmata bei hysterischen Kindern nicht etwas Unnatürliches, der Hysterie der Erwachsenen total Widersprechendes, sondern ein aus der Psyche der Kinder sich sehr wohl erklärendes Moment und ein Beweis mehr dafür ist, dass alle hysterischen Symptome eine psychische Grundlage haben. Wenn übrigens Krehl für seine Klientel hervorhebt, dass er auch bei erwachsenen Hysterischen das Fehlen der sogenanten Stigmata oft beobachtet habe, so kann ich das nach meinen Erfahrungen der letzten Jahre nur bestätigen. Sollte dieser Umstand vielleicht dadurch bedingt sein, dass ich den hysterischen Stigmaten für die Diagnose der Hysterie jetzt nicht mehr so viel Wert beilege, wie in früheren Jahren und deshalb jetzt nicht mehr mit solchem Nachdruck und solcher Hartnäckigkeit wie früher danach suche, so würde das für die eben auseinandergesetzte Pathogenese dieser Störungen ein neuer Beweis sein. Nochmals erwähnen will ich, dass ich sogenannte hysterogene und hysterofrenatorische Punkte (die ebenfalls zu Charkots Stigmaten gehören) bei den hysterischen Krämpfen der Kinder oft gesehen habe, öfter sogar als bei Erwachsenen; aber dass es sich hier um rein suggerierte Dinge handelt, habe ich oben schon auseinandergesetzt.

Eigentliche Neuralgieen sind bei erwachsenen Hysterischen viel häufiger wie bei Kindern. Ich sah nur einmal bei einem 12jährigen Knaben heftige Anfälle von Schmerzen im l. Supraorbitalisgebiete — freilich nicht scharf auf dieses beschränkt. Sie traten zwei mal des Tages zu ganz bestimmten Zeiten auf — Malaria war ausgeschlossen. Zuletzt arteten die Schmerzanfälle in schwere hysterische Anfälle vom Charakter

der Chorea magna aus, mit wildem Umherwerfen, Schreien, Gebetsstellungen etc. etc. Auf Wunsch der Eltern musste ich den Kranken ungeheilt entlassen.

Recht häufig sind im Kindesalter auch die hysterischen Gelenkneuralgieen. Zwar hat Strümpell damit vollständig Recht, dass es sich in den meisten Fällen sogenannter Gelenkneuralgieen um schmerzhafte Kontrakturen handelt, aber ich habe doch auch mehrere Fälle gesehen, bei denen eigentliche Kontrakturen oder Lähmungen vollständig fehlten und nur die Gelenkhyperaesthesie sich fand; einen sogar (6jähriger Knabe), wo in sehr charakteristischer Weise passive Bewegungen des Beines und schon leichte Berührung der Haut über den Hüftgelenken empfindlich war, während der Knabe im Bette aktive Bewegungen ohne weiteres ausführte, aber auf der andern Seite wieder heftig schrie, wenn man von ihm verlangte, er solle stehen oder gehen. Hier brachte der einfache Befehl zu gehen in kurzer Zeit vollkommene Heilung herbei, doch neigte das Kind sehr zu Rückfällen.

Intensive Kopfschmerzen verbunden mit Erbrechen und Anorexie habe ich nur einmal bei einem 11jährigen Mädchen beobachtet. Ich war hier lange Zeit im Zweifel, ob es sich nicht vielleicht um einen Tumor cerebri handele.

Von den Störungen der Verdauungsorgane kommt im Kindesalter manchmal Dysphagie durch krampfhaften Verschluss der Speiseröhre vor — häufiger ist aber dies hysterische Symptom jedenfalls bei Erwachsenen. Dagegen habe ich mehrmals hartnäckige Anorexie und Nahrungsverweigerung bei Mädchen zwischen 7 und 9 Jahren gesehen. Zur Heilung genügte Versetzung ins Krankenhaus und eventuell eine Sondenfütterung. Einer dieser Fälle war mit Abasie kompliziert. Einen anderen habe ich schon erwähnt; hier verband sich die Anorexie mit Erbrechen und Kopfschmerz. Die Eltern waren zu einer Unterbringung des Kindes im Krankenhause nicht zu bewegen und so ist das sicher nur hysterische Kind schliesslich geradezu verhungert. Solche Fälle sind übrigens mehrfach beobachtet. Erbrechen allein habe ich bei hysterischen Kindern nicht beobachtet; vor allem auch nie Blutbrechen. Ebenso ist hartnäckige Obstipation, die erwachsene

Hysterische manchmal durch heimliche Entfernung des Stuhles auch vortäuschen, wenigstens nach meinen Erfahrungen bei hysterischen Kindern entschieden selten. Thiemich hat sie allerdings besonders bei kleinen Kindern häufiger gesehen und rechnet auch manche Fälle von Diarrhoe und Prolapsusani mit zur Hysterie (?).

Die für die Hysterie typische Blasenstörung ist die Harnverhaltung; Incontinentia urinae ist wohl sehr selten. Aber auch die erste Form dürfte im Kindesalter wohl kaum vorkommen, vor allem weil hier der Sphinkter vesicae im Allgemeinen kaum kräftig genug sein dürfte, um einem einigermaßen starken Harndrange zu widerstehen. Von vielen Autoren, z. B. von Thiemich, werden auch die Mehrzahl der Fälle von Enuresis nocturna der Hysterie zugezählt; ich glaube nicht, dass das berechtigt ist, höchstens für eine ganz kleine Zahl.

Von den sogenannten trophischen Störungen der Hysterie habe ich bei Kindern zweimal Ödeme gesehen. Einmal handelte es sich um eine Kontraktur der Finger in Beugestellung — das Ödem, das am Handrücken sass, war ein pralles; ganz ähnlich wie es auch bei Tetanie der Kinder vorkommt, spez. an den Füssen, wenn die Krampfstellung lange besteht. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Parese der Beine. Ich glaube, dass im ersten Falle das Ödem einfach mechanisch zu erklären war, bedingt durch die Kompression der abführenden Blutgefässe in Folge der Kontraktur der Hand und der Finger. Auch im zweiten Falle habe ich an einen unsächlichen Zusammenhang des Ödems mit der Lähmung und Bewegungslosigkeit gedacht — doch war dieser Zusammenhang nicht so klar, da es sich nur um Parese handelte.

„Trophische" Störungen der Haut, die sich jedesmal schliesslich als die Folgen von Selbstverletzungen, vor allem Verbrennungen, demaskierten, habe ich mehreremale bei Mädchen — Dienstmädchen, Fabrikarbeiterinnen — gesehen, die zwar nicht mehr Kinder, aber eben erst dem Kindesalter entwachsen waren. In einem Falle entsprach das Bild ganz dem Kaposischen Herpes zoster gangränosus hystericus; schliesslich ertappten wir die Patientin darauf, dass sie sich die

Brandwunden mit der Brennscheere der Oberwärterin machte. — Dahin gehört auch der Fall, wo sich ein zirka 10jähriges Mädchen den Zopf abschnitt und dann erzählte, sie sei überfallen und des Zopfes beraubt. Der Fall hat lange die Staatsanwaltschaft beschäftigt. Manchmal kommt auch schon bei Kindern geradezu eine Sucht nach operativer Behandlung schmerzhafter hysterischer Affektionen vor. Bei einem 14 jährigen, eben menstruierten Mädchen war die rechte Mamma wegen hysterischer Mastodynie amputiert; 14 Tage später traten die Schmerzen in der anderen Mamma auf und die Patientin drängte sehr darauf, auch diese zu entfernen. Eine kurze Faradisation brachte dann Heilung.

Noch ein paar Worte über das psychische Verhalten der hysterischen Kinder, abgesehen von den oben beschriebenen schweren Anfällen. Ich kann hier bestimmte Charakteristika nicht anführen. Viele von den hysterischen Kindern sind verzogen, unartig, oft wehleidig; man kann aber auch das gerade Gegenteil finden — Kinder, die alles mit sich machen lassen. In vielen Fällen ist irgend eine psychische Abnormität nicht zu bemerken. Manche Kinder sind recht intelligent; doch habe ich den Eindruck, dass das keineswegs, wie behauptet ist, die Regel ist; ich habe sogar eine Anzahl von entschieden Schwachsinnigen unter meinen hysterischen Kindern gehabt.

Nicht so ganz selten sind moralische Defekte; mangelhafte Wahrheitsliebe, Sucht zu lügen oder, besser vielleicht gesagt, die Sucht zum Ausdenken irgendwelcher mehr weniger interessanter oder phantastischer Erlebnisse. Einen solchen Fall, den ich selbst miterlebt (Zopfabschneiden) habe ich oben schon angeführt. Besonders häufig beschuldigen hysterische Mädchen ganz ohne jede reale Unterlage erwachsene männliche Personen sexueller Verbrechen gegen sie; aus verständlichen Gründen ist es natürlich, dass solche Anschuldigungen sich leicht gegen die Lehrer richten. Dabei muss man manchmal die Phantasie bewundern, mit der solche Erzählungen ausgeschmückt werden und die Sicherheit mit der die Angaben über Ort und Zeit der angeblichen Straftaten gemacht werden. Nicht so selten gelingt es auch der angeblich Angegriffenen eine Anzahl von ihren Mitschülern von der Wahrheit ihrer Angaben zu überzeugen; ja diese geben dann bald an,

selbst Ähnliches erlebt zu haben; eine Art Endenuè hysterischer Pseudologia phantastica. Es ist klar, wie gefährlich solche Dinge für den Angeklagten sind; nach meiner Erfahrung wird den Zeugenaussagen selbst gesunder Kinder von Richtern und Geschworenen meist noch zu viel geglaubt; hysterische Kinder sollte man in diesen Dingen, wenn ihre Aussagen nicht sonst gestützt werden, überhaupt keinen Glauben schenken.

Eigentümlich ist noch eins; heilt man ein hysterisches Kind, z. B. eine Astasie-Abasie rasch, etwa durch den einfachen Befehl: „Du kannst gehen", so machen die Kinder zuerst immer ein Gesicht, als ob ihnen bitter Unrecht geschähe; meist gibt es Tränen. Eine Freude über die erlangte Heilung ist meist erst nach einiger Zeit zu bemerken und auch da kommen die Dankesbezeugungen zunächst oft über dem Herzen weg. Dasselbe Gefühl hat man übrigens auch manchmal nach „Heilung" von erwachsenen Hysterischen. Im ganzen ist also, übrigens ebenfalls wie bei den erwachsenen Hysterischen, auch bei den Kindern das psychische Verhalten ein sehr wechselndes; ein allgemein stimmendes Bild des sogenannten „hysterischen Charakters" lässt sich nicht entwerfen.

Vorkommen der Hysterie bei Kindern. Geschlecht, Alter, Rasse. Stadt und Land. Soziale Stellung der Eltern.

Die Hysterie im Kindesalter kommt nach meinen Erfahrungen bei Mädchen etwa 2 mal so häufig vor als bei Knaben. Doch stimmt das nur, wenn ich die ganze Lebensperiode von der frühesten Kindheit bis zur Pubertät zusammenrechne. Bis zum neunten Jahre etwa ist die Zahl meiner Fälle, männlichen und weiblichen Geschlechts ziemlich gleich; 45% Knaben, 55% Mädchen. Die Hysterie der Knaben nimmt also beim Herannahen an die Pubertät, beim Deutlichwerden der psychischen Geschlechtsdifferenzen relativ ab, die der Mädchen zu. Was die Häufigkeit der Kinderhysterie gegenüber der der Erwachsenen anbetrifft, so finde ich dabei dieselbe Verhältniszahl wie Briquet, auf 5 erwachsene Hysterische ein Kind.

Am häufigsten ist die kindliche Hysterie zwischen dem 7. Jahre und der Pubertät, also etwa dem 14. Jahre. Nun tritt aber erstens, wenigstens bei Mädchen die Pubertät resp. die Menstruation manchmal schon viel früher — etwa im 11. Jahre auf — manchmal sehr viel später; und bei Knaben ist die Zeitgrenze der Pubertätsentwickelung eine noch viel wechselndere. Zweitens können auch nach der eigentlichen Geschlechtsreife Knaben sowohl wie Mädchen — wenigstens in psychischer Beziehung — noch lange Kinder bleiben, und auf die Psyche kommt es bei der Hysterie vor allem an. Ich habe mich deshalb in meiner Kasuistik oben nicht ganz genau daran gehalten, ob im bestimmten Falle die Pubertät schon vorhanden war oder nicht, sondern auch einige Fälle von Mädchen mit entwickeltem Geschlechtsleben mit angeführt, wenn nur im übrigen und spez. im psychischen Verhalten noch von kindlichem Habitus die Rede sein konnte. Fälle über 16 Jahre aber habe ich nur ausnahmsweise noch zur kindlichen Hysterie gerechnet.

Aber auch unterhalb des 6. resp. 7. Jahres ist die Kinderhysterie keineswegs selten, wenn schon sehr viel seltener als in den späteren Kinderjahren. Eine Anzahl meiner Fälle von Astasie-Abasie, von Lähmungen und Kontrakturen, von Mutismus, von Chorea minor und magna, von Krämpfen im Gesicht, und z. B. in den Kiefermuskeln liegen zwischen dem 4. und 6. Jahre. Die beiden jüngsten meiner Kinder, beides Knaben, standen im 3. Lebensjahre; in beiden Fällen handelte es sich um ziemlich schwere und hartnäckige monosymptomatische Formen wie sie überhaupt bei Knaben etwas häufiger sind als bei Mädchen, eine Fussgelenkskontraktur und ein Schütteltremor des Kopfes. Namentlich französische Autoren, so Chaumier, Bèzy und Bibent und Ridant berichten auch über häufige Fälle in noch frühem Alter (auch Oppenheim und Thiemich haben einige Fälle im Alter von 2 Jahren gesehen); ja sogar im Säuglingsalter soll nach einzelnen dieser Autoren die Hysterie nicht selten sein. Diese letzteren Angaben sind aber wohl sehr mit Vorsicht aufzunehmen. Schon die ganze nosologische Stellung der Hysterie, ihre psychische Genese schliesst ihr Vorkommen im frühesten Kindesalter so

gut wie aus Was soll man aber dazu sagen, dass man auch die Konvulsionen der kleinen Kinder in der Hauptsache der Hysterie zuschieben will und zwar nur deshalb, weil eine Anzahl solcher Kinder im späteren Leben hysterisch werden. Garnicht verstehen lässt es sich auch, wenn einzelne Autoren auch die Tetame der Kinder zur Hysterie rechnen wollen, eine Krankheit, die doch enge Beziehungen zur Rachitis hat und ausserdem auch schon bei Kindern Symptome zeigt — Änderungen in der elektrischen Erregbarkeit, die garnicht hysterisch sein können.

Entgegen der Ansicht, dass die Hysterie der Kinder, wie die Nervosität überhaupt ein Zeichen der Überkultur unserer Zeit sei, steht die Erfahrung, die ich und Andere gemacht haben, dass während im Allgemeinen die kindliche Hysterie in Stadt und Land gleich häufig ist, doch gerade die schweren „massiven“ Fälle von Hysterie — die Lähmungen und Kontrakturen, die Astasie-Abasie, vor allem auch die Fälle typischer Chorea magna verhältnismässig viel häufiger bei Kindern vom Lande — und zwar besonders aus einsamen, abgelegenen Dörfern — beobachtet werden, als bei denen der Grossstadt. Das ist übrigens früheren und neueren Beobachtern auch schon für die Hysteria adultorum aufgefallen. Namentlich Epidemieen von Hysterie kommen am ersten noch in abgelegenen Gebietsdörfern vor; z. B. in den savoyischen und italienischen Alpen; dann in abgeschlossenen Pensionaten, früher vor allem auch in Klöstern (Morzines 1861, Verzignis 1878, zitiert bei Richer „L'hystero epilepsie“). Gerade daraus auch, dass solche Epidemieen von Hysterie heutzutage viel seltener sind und lange nicht den Umfang annehmen, wie in früheren Jahrhunderten (s. Einleitung), könnte man eher schliessen, dass die zunehmende Kultur, wenigstens für die schweren Fälle von Hysterie, eine Verminderung hervorgerufen hat.

Hervorragende Autoren, z. B. Charcot und Oppenheim, haben der jüdischen Race eine grosse Geneigtheit zu nervösen Erkrankungen überhaupt vindiziert. Was meine Erfahrungen speziell über Kinderhysterie anbetrifft, so habe ich sie zwar auch oft bei Kindern jüdischer Abstammung gesehen; auch öfter wohl, als dem Verhältnis der jüdischen zur christlichen

Bevölkerung entsprechen dürfte; ein sehr erhebliches Vorwiegen des jüdischen Elementes, wie es für andere Krankheiten, z. B. den Diabetes mellitus, behauptet wird, kann ich für die Kinderhysterie aber nicht konstatieren.

Was schliesslich die Lebensstellung der Eltern anbetrifft, so habe ich hysterische Kinder in armen und reichen, gebildeten und ungebildeten Familien angetroffen; sollten hier Differenzen vorkommen, so werden sie in der Richtung liegen, dass Armut und, wie oben schon gezeigt, mangelhafte Bildung das Auftreten der Hysterie begünstigen.

Ätiologie.

Von allen Autoren wird als Hauptursache der Hysterie — ja von Vielen als die eigentliche Grundursache, der alle anderen kausalen Momente nur als auslösende, als Agents provocateurs (Charcot, Guinon) gegenüber ständen, die erbliche nervöse Belastung angeführt. Die schwerwiegende Bedeutung dieses Moments kann nun gewiss keinem Zweifel unterliegen und sie tritt jedenfalls bei der schon im Kindesalter manifest werdenden Hysterie noch mehr hervor, als wie bei der der Erwachsenen. Namentlich handelt es sich hier oft um direkte homologe Vererbung; hysterische Eltern haben hysterische Kinder; ebenso häufig aber auch um eine sog. transformierende Vererbung — bei den Eltern oder Blutsverwandten sind andere Nerven- oder Geisteskrankheiten vorgekommen — die Kinder sind hysterisch. Trotz alledem möchte ich mit meiner Ansicht nicht hinter dem Berge halten, dass speziell unter dem Einflusse der Charcotschen Schule der reinen Vererbung bei den Nervenkrankheiten überhaupt, und speziell auch bei der Hysterie, eine etwas zu grosse Bedeutung beigelegt ist. Zieht man in dieser Beziehung nicht nur alle organischen und funktionellen Nerven- und Geisteskrankheiten, sondern wie Charcot will, auch noch den Arthitrismus im weitesten Sinne und vielleicht sogar noch die Tuberkulose heran; geht man dann bis auf die Grosseltern und in seitlicher Richtung auf die Geschwister der Eltern und deren

Kinder zurück, so wird man wohl kaum einen Menschen finden, namentlich nicht in etwas grösseren Familien, den man nicht als erblich nervös belastet bezeichnen könnte. Dann brauchte man sich aber mit der Anamnese nicht soviel Mühe zu geben, sondern könnte diese Belastung ruhig a priori annehmen. Meines Erachtens kann man, wenn man so handelt, die wichtige Lehre von der Erblichkeit der nervösen Leiden nur diskreditieren; und das ist gewiss unnötig, denn auch wenn man nur Fälle mit ausgesprochener, ja mit gehäufter Belastung als beweisend anführt, wird man speziell bei der Kinderhysterie immer noch drastische Beispiele genug finden.

Dazu kommt gerade bei der kindlichen Hysterie noch, dass der Beweis für den reinen Einfluss der Erblichkeit durch einige andere Momente verdunkelt werden kann, die ebenfalls direkt damit zusammenhängen, dass die betreffenden Eltern oder wenigstens eine Hälfte des Elternpaares an hysterischen Zufällen leiden, ich meine das dann gegebene Beispiel, das zur Nachahmung reizt, und die mangelhafte, oft schwache, vor allem oft wetterwendische Erziehung. Für die Entstehung speziell hysterischer Anfälle im Kindesalter durch die direkte Nachahmung der bei den Eltern beobachteten, das Gemüt des Beobachtenden so sehr erregenden Krankheitserscheinungen führt die Literatur eine ganze Menge von Beispielen an; umgekehrt kann dann wieder die Hysterie der Kinder bei der Mutter z. B. Krämpfe auslösen, wie ich selber das mehrmals beobachtet habe. Die Erziehung der Kinder, die das Unglück haben, schwer hysterische Eltern zu haben, ist schon deshalb meist eine mangelhafte, weil die Eltern selber nicht erzogen sind; während der schweren Anfälle der erkrankten Eltern, die oft sogar eine langdauernde Entfernung des betreffenden Kranken vom Hause nötig machen, fehlt eine Beaufsichtigung und Leitung der Kinder oft ganz. Übrigens treten diese Momente nicht allein bei Eltern ihren Kindern gegenüber hervor; mir sind einige Fälle bekannt, wo schwer hysterische Pensionsvorsteherinnen durch Hervorrufung von Hysterie bei ihren Pensionärinnen geradezu Verwüstungen hervorgerufen haben, und auch die Nachahmung z. B. epileptischer Krämpfe ganz Fremder oder der Ataxie eines Betrunkenen ist bei hysterischen

Kindern beobachtet worden. Schliesslich beruhen ja auch die Schul- und Pensionsepidemieen auf dieser Imitation.

Da die Erziehung der Kinder im allgemeinen vielmehr in der Hand der Mutter wie der des Vaters ruht — heute nimmt fast in allen Berufsständen der Beruf den Mann den ganzen Tag in Anspruch und hält ihn der Familie fern — so ist es natürlich, dass die Hysterie der Mutter für die erwähnten Umstände von grösserer Bedeutung ist als die des Vaters, ganz abgesehen von der doch immer noch viel grösseren Häufigkeit der weiblichen Hysterie. Ganz besonders schädlich dürfte es auch noch sein, wenn die an und für sich schon so lebhafte Phantasie der Kinder und spez. der erblich belasteten, durch diese Erziehung noch mehr und im Übermaße durch allerlei phantastische Märchen und Schauergeschichten angeregt wird; ich würde es als eine Sünde betrachten, die sinnige deutsche Märchenwelt den Kindern ganz zu verschliessen, kann aber bei erblicher Belastung nur zur Vorsicht im Genusse raten. Ganz zu verwerfen ist, übrigens auch bei gesunden Kindern, das Drohen mit dem „schwarzen Manne" bei jeder kleinen Unart; wie das bei unverständigen Müttern und Wärterinnen immer noch in Mode ist. Dass auch hypnotische Veranstaltungen den Kindern ganz vorenthalten werden müssen — sie wirken bei ihrer Wunderbarkeit ganz besonders phantasieerregend — habe ich schon oben erwähnt.

Beispiel und Nachahmung sowie mangelhafte Erziehung sind schon psychische Ursachen und es muss mit allem Nachdrucke hervorgehoben werden, dass ebenso wie bei den Erwachsenen auch bei den Kindern wenigstens die auslösenden Momente für die hysterischen Krankheitsmanifestationen bei genauerem Nachsehen wesentlich auf psychischem Gebiete liegen; ein Umstand, der ja bei einer an sich psychischen, auf Vorstellungen beruhenden Erkrankung, wie es die Hysterie doch ist, nur natürlich ist. Bei Kindern kommen als solche Momente zunächst Schreck und Furcht in Betracht. Namentlich konvulsivische Zustände, z. B. auch die Chorea, treten oft sofort nach einem Schreck — und die Kinder sind ganz besonders schreckhaft — in Erscheinung. Auch bei Traumen ist der wichtigste Teil zur Auslösung der Hysterie meist der

Schreck. In 2. Linie kommt die Furcht. Mehrfach habe ich schwere Hysterie bei Kindern beobachtet, deren Väter Trinker waren, die oft im Rausche die Mutter und die Kinder roh misshandelten. Hier kommt die schlechte Behandlung an sich und das Bestreben, sich ihr zu entziehen, in Betracht. So war es in einem Falle bestimmt nachzuweisen, dass ein Kind, das wegen einer leichten Verletzung im Krankenhause behandelt war, als es nach Heilung dieser nach Hause entlassen werden sollte, eine hysterische Lähmung bekam, weil es sich vor der Rückkehr nach Hause unter die Fuchtel des allabendlich betrunkenen Vaters fürchtete. Auch die Furcht vor Strafe in der Schule, vor der Strenge der Lehrer, oder auch einfache Faulheit wirkt häufig so; in diesen Fällen erlebt man es dann, dass die hysterischen Zufälle — ich sah z. B. halbseitige Konvulsionen und Pavor nocturnus ähnliche Zustände — gerade auftreten, wenn das Kind aufstehen und zur Schule gehen soll. Manchmal zeigen die hysterischen Symptome, z. B. die Delirien bei den Kindern bestimmt das Bestreben, ihnen missliebigen Personen, z. B. strengen Erzieherinnen oder Lehrern, eins anzuhängen, (Rachegefühle) und nicht so selten gelingt ihnen das sogar bei schwachen Eltern; z. B. in meinem oben zitierten Falle von Somnambulismus, wo die Erzieherin dafür verantwortlich gemacht werden sollte, dass das Kind zu spät aufstand und nicht rechtzeitig in die Schule kam. Ja es kommt sogar vor, dass die Eltern ganz bestimmt die Schuld, wenn auch nicht für das Entstehen, so doch wenigstens für eine längere Dauer und besondere Hartnäckigkeit eines hysterischen Symptomes tragen; manchmal sogar absichtlich, da auch hier „Begehrungsvorstellungen“ eine Rolle spielen können; so z. B. in einem meiner Fälle, wo nach einer leichten Ohrfeige des Lehrers bei einem Kinde Mutismus eingetreten war, und die Eltern gegen den Lehrer Entschädigungsansprüche geltend machen wollten. Man wird deshalb gut tun, auch bei der Kinderhysterie einen möglichst genauen Einblick in das ganze Vorleben des Kindes zu gewinnen zu suchen; in seine Tugenden und Fehler, seine Neigungen und Abneigungen, in die Gewohnheiten der Familie, spez. in die Art der Eltern und Geschwister.

Selbst für das Vorkommen der Hysterie nach körperlichen

Erkrankungen kann man bei genauem Nachsehen erkennen, dass hier meist nicht ein einfacher Nexus von Ursache und Folge existiert, sondern dass ein psychisches Moment sich dazwischen schiebt. Sehr häufig ist die hysterische Krankheitserscheinung nur eine durch die nervöse Diathese bedingte Permanenz eines vorher organisch begründeten Symptomes. So entwickelt sich aus einer traumatisch begründeten Schmerzhaftigkeit eines Gelenkes, das dann natürlich auch funktionell beeinträchtigt war, eine hysterische Gelenkneuralgie mit Kontraktur, oder dieselbe hysterische Kontraktur bleibt in mehreren Gelenken bestehen, die vorher durch akuten Gelenkrheumatismus affiziert waren; aus einer allgemeinen Schwäche nach fieberhafter Erkrankung die hysterische Astasie und Abasie — gerade das habe ich, ebenso wie Jolly, oft gesehen; aus einer leichten Heiserkeit in Folge von Laryngitis eine hysterische Aphonie; aus einem krampfhaften Lidschluss in Folge einer Cornealerkrankung der hysterische Blepharosasmus. In anderen Fällen imitiert die Hysterie geradezu früher von denselben Kranken erlittene organische Erkrankungen (Autoimitation Thiemich); ich habe in dieser Beziehung oben Fälle von hysterischer Chorea und hysterischem Pavor nocturnus angeführt; nicht so selten sind auch hysterische Paraplegieen bei Kindern, die früher in Folge von Wirbelkaries eine Zeitlang organisch gelähmt waren.

Natürlich können die körperlichen Erkrankungen auch durch die allgemeine Schwächung direkt den Boden für die Hysterie vorbereiten; namentlich scheinen manche organische Nervenkrankheiten so zu wirken; am häufigsten hat man bei multipler Sklerose eine Kombination hysterischer und organischer Symptome beobachtet: doch muss hier gesagt werden, dass namentlich die ersten Anfälle echter Sklerose klinisch oft nur schwer von hysterischen Erscheinungen zu unterscheiden sind. Die chronischen Intoxikationen, die bei der Hysteria adultorum eine grosse ätiologische Rolle spielen — wie Alkohol, Blei, Nikotin, Schwefelkohlenstoff etc. — kommen bei Kindern nicht in Betracht; höchstens vielleicht einmal der Alkohol.

Selbstverständlich wird Jeder, der viele Fälle von kindlicher Hysterie sieht, auch einzelne Beobachtungen anführen können,

bei denen auch die sorgsamste Nachforschung keine ausreichenden Gründe für die Erkrankung erkennen liess.

Diagnose.

Falsche Diagnosen kommen in Bezug auf die Hysterie bekannterweise nach zwei Richtungen vor. Erstens kann man ein schweres organisches Leiden — hier kommen vor allen Dingen solche des Nervensystemes in Betracht — fälschlich für Hysterie halten; zweitens kann man umgekehrt irrtümlich ein solches organisches Leiden des Nervensystems oder des Magens, des Kehlkopfes, der Lungen etc. vermuten, während eine Hysterie vorhanden ist. Bei Erwachsenen ist der erste Irrtum bei weitem häufiger — er ist auch schwerwiegender und wird von den Angehörigen nie verziehen; oft ist er auch kaum entschuldbar, vor allem in solchen Fällen, von denen Gowers sagt, dass der einzige Grund für die Diagnose „Hysterie" das weibliche Geschlecht der Patientin gewesen sei. Bei Kindern wird umgekehrt an die Hysterie oft erst zu allerletzt gedacht, was natürlich daran liegt, dass die Kenntnisse über das Vorkommen der Kinderhysterie überhaupt und über ihre Erscheinungsformen unter den Ärzten immer noch nicht genug verbreitet sind. Die Eltern werden dann mit der Diagnose schwerer und unheilbarer Leiden geängstigt, bei den Kindern selbst wird dadurch das Krankheitssymptom zu einem immer hartnäckigeren und widerstandsfähigeren gemacht, während es bei richtiger Diagnose schnell zu heilen gewesen wäre. Dieser Irrtum ist natürlich weniger tragisch — aber er ist vor allen Dingen, wie ich oben schon angeführt, für das Ansehen des Arztes, der die Sachlage verkannt hat, verhängnisvoll.

Um sich, soweit das überhaupt möglich ist, vor Irrtümern in der Diagnose zu schützen, ist natürlich hier wie überall in der Medizin, abgesehen von den allgemeinen Kenntnissen über das Vorkommen und die Symptomatologie der Kinderhysterie, die genaueste Untersuchung jedes einzelnen Falles und vor allem auch die sorgfältigste Rücksichtnahme auf die Anamnese, auf die Entstehungsursachen, die, wie wir gesehen, gerade

bei der Kinderhysterie besonders charakteristische sind, die Hauptsache. Ferner gehört natürlich dazu eine ausreichende Kenntnis aller anderen Gebiete der Medizin, spez. der Neuropathologie, aber auch der übrigen Teile der inneren Medizin, der Chirurgie und der Ophthalmologie etc., denn es handelt sich für die Diagnose in der Hauptsache ja nur darum, im speziellen Falle eine organische Grundlage der betreffenden Symptome mit möglichster Sicherheit auszuschliessen. Da man heute alles umfassende Kenntnisse in allen diesen Spezial-Gebieten von einem einzelnen Arzte nicht erwarten kann, so wird es in zweifelhaften Fällen immer nötig sein, dass der behandelnde Arzt sich noch an den gerade in Betracht kommenden Spezialsachverständigen wendet. Sind bei dem oder den Beobachtern diese Grundbedingungen für die Möglichkeit einer richtigen Diagnose gegeben, so wird er in den meisten Fällen von Hysterie auch zu einer solchen gelangen; denn wenn, wie wir oben gesehen haben, auch viele Fälle von Hysterie bis zu einem gewissen, häufig in einem hohen Grade organischen Erkrankungen ähnlich sehen, sie „simulieren" können, so haben sie doch, wie gezeigt, fast alle Eigentümlichkeiten in der speziellen Anordnung und Art der Symptome in positiver und negativer Richtung, die bei den in Betracht kommenden organischen Krankheiten nicht vorkommen und die dem kundigen Beobachter keinen Zweifel über ihre Natur zu lassen pflegen. Freilich, immer ist das auch nicht so — in manchen Fällen kann es auch dem Kundigsten und Sorgfältigsten passieren, eine falsche Diagnose gerade bei der Hysterie zu machen. Besonders schwierig sind hier die Fälle, wo Symptome organisch-nervöser und hysterischer Natur sich in oft schwer zu entwirrender Weise mischen, wie z. B. bei der multiplen Sklerose. Ich selber werde auch stets an einen Fall von Cysticerkus im 4. Ventrikel denken, bei dem der Wechsel in den Symptomen, die scheinbare psychische Beeinflussbarkeit des Leidens; das Fehlen aller mit Sicherheit auf ein organisches Leiden zu beziehenden Erscheinungen mich nach mehrfacher sorgfältiger Untersuchung solange an der Diagnose Hysterie festhalten liess, bis ein plötzlicher Tod der Kranken und der Leichenbefund mich eines besseren

belehrte. Ich weiss auch heute noch nicht, wie ich diesen diagnostischen Irrtum hätte vermeiden können. Wie gesagt, das wichtigste für die Diagnose wird immer eine ausreichende allgemeine und spezielle medizinische Erfahrung und die sorgfältige Beobachtung des einzelnen Falles sein — **vor allem ist es natürlich auch nötig, in jedem einigermaßen in Betracht kommenden Falle, wenigstens an die Möglichkeit einer Hysteria infantilis zu denken.** Doch lassen sich natürlich auch für die Kinderhysterie, wie für die Hysterie überhaupt, einige allgemeine diagnostische Gesichtspunkte geben, von denen einige sogar so charakteristisch sind, dass sie ohne weiteres wenigstens die Vermutung der hysterischen Natur des Leidens nahelegen müssen.

Eine wesentliche Erleichterung schafft in dieser Beziehung schon eine möglichst genaue Definition dessen, was man überhaupt ein hysterisches Symptom nennen will, ja sie gibt den eigentlichen Schlüssel für die richtige Auffassung der hysterischen Krankheitsbilder. Ich stehe hier so ziemlich auf dem Standpunkte von Möbius, der alle hysterischen Symptome als psychisch bedingt und aus „einfachen oder mit affektiven Erregungszuständen verbundenen Vorstellungen" hervorgegangen erklärt, der also mit anderen Worten im Allgemeinen nur solche Symptome als hysterische anerkennen will, die auch willkürlich hervorgerufen werden können, die im anderen Falle also auch simuliert werden können. Um nur einige Beispiele anzuführen, die diese meine Ansicht erläutern; eine Blicklähmung nach einer oder nach der anderen Richtung würde dann hysterischer Natur sein können, nicht aber eine einseitige Abduzenslähmung mit entsprechenden Doppelbildern, oder eine Pupillenlähmung und Starre; oder aber: eine doppelseitige Lähmung der Stimmritzenschliesser für die Phonation ist bei Hysterie möglich, im allgemeinen aber nicht das typische Bild einer einseitigen Rekurrenzlähmung. Diese Beispiele lassen sich noch vermehren, (es können vor allem auch manche andere isolierte Muskellähmungen, z. B. des Supinator longus, eines Rectus abdominis etc., kaum bei der Hysterie vorkommen, und auch für die Reizerscheinungen und Krampfanfälle sowie für

das Erbrechen und die Blasenstörungen bei der Hysterie ist bis zu einem gewissen Maße die Theorie anwendbar) im allgemeinen ist es aber klar, dass nach dieser Erklärung vor allen Dingen diejenigen Symptome nicht bei unkomplizierter Hysterie vorkommen können, die, wenn man so sagen darf, den Stempel ihrer organischen Natur an der Stirn tragen; um nur einige anzuführen: Blasenlähmung mit Cystitis und Pyelitis, Decubitus, Fieber, (denn die Mitteilungen über hysterisches Fieber, bei denen Simulation ausgeschlossen, sind so selten, dass man sie zunächst bei Seite lassen kann), Muskelatrophie mit ausgesprochener Entartungsreaktion, Fehlen des Patellarreflexes*). Babinski's Phänomen, Stauungspapille und Sehnervenatrophie etc. Und damit ist natürlich schon für die ganze Auffassung und speziell für die Diagnose der Hysterie sehr viel gewonnen. Allerdings lassen sich gegen die oben gegebene Theorie einige gewichtige Einwendungen machen. Der erste Einwand ist der stärkste. Es sind nämlich von einer Anzahl von guten und nicht anfechtbaren Beobachtern Fälle von Hysterie mit Symptomen beschrieben, die in das oben gegebene Schema nicht hineinpassen, so z. B. Fälle von einseitigen, nicht assoziierten Augenmuskeln- und von Pupillenlähmungen, von Pupillenstarre im hysterischen Anfalle; von trophischen Affektionen der Muskulatur — Atrophieen — und der Haut — Oedem und gangränartigen Prozessen. Selbstverständlich kann in diesen Fällen nicht die Rede von der Möglichkeit einer Hervorrufung solcher Störungen durch Vorstellungen sein. Es ist nun, wie gesagt, heute nicht mehr angängig, die hysterische Natur aller der zitierten mit der oben gegebenen Hypothese in Widerspruch stehenden „Symptome der Hysterie“ anzuzweifeln, aber das muss man doch eingestehen und das wird auch von den Autoren, denen wir ihre Beschreibung verdanken, zugegeben, dass gerade diese Symptome jedenfalls zu den seltensten und in ihrer Natur zweifelhaftesten und, wenn ich so sagen darf, am meisten apokryphen, der grossen Neurose Hysterie gehören. Das zu

*) Neuerdings hat allerdings Nonne zwei sehr interessante Fälle von Hysterie mitgeteilt, bei denen zeitweise die Patellarreflexe fehlten.

beweisen braucht es nur einiger Worte. Was zunächst das Oedem und die Muskelatrophie anbetrifft, so kann man sich über ihre Entstehung noch am leichtesten eine Erklärung machen. Das Oedem bei einer Kontraktur ist, wie ich oben schon gesagt habe, ganz gut mechanisch zu erklären — ebenso auch das, was z. B. in einer Hand bei schlaffer, aber totaler hysterischer Lähmung des Armes auftritt. Unter solchen Umständen wäre dieses Symptom also garnicht direkt ein hysterisches, sondern nur die einfache mechanische Folge eines echten hysterischen Symptomes. So urteilt neuerdings auch Babinski. Übrigens wissen wir ja, dass gerade vasomotorische Symptome in ganz besonderer Abhängigkeit von Vorstellungen stehen, ich erinnere an die Schamröte, den Angstschweiss, das Herzklopfen — ja manche Menschen können durch willkürliches Hervorrufen der betreffenden Vorstellungen auch diese Symptome geradezu willkürlich erzeugen. Es ist deshalb auch nicht unmöglich, dass einmal umschriebene Oedeme bei der Hysterie auf diesem rein psychischen Wege erzeugt werden; gehört doch auch die Neigung zur Quaddelbildung, die Urticaria factitia zu den häufigsten Symptomen der Hysterie, wie der Nervösität im Allgemeinen.

Die bei der Hysterie eintretende Muskelatrophie ist im allgemeinen eine Inaktivitätsatrophie. Es sind zwar einzelne Fälle bekannt, bei denen sich der Muskelschwund rapide entwickelt hat, aber auch in diesen Fällen hat, soweit sie einer Kritik standhalten oder es sich z. B. nicht um Komplikationen handelte, die Entartungsreaktion gefehlt. In einzelnen Fällen von langdauernder Kontraktur der Gelenke mit trophischen Störungen in diesen, könnten die Muskelatrophien auch arthrogener Natur sein. Auch hier kann man also, wenigstens in den meisten Fällen, nicht von einem einfachen direkten hysterischen Symptom sprechen. —

Für die sogenannten Augenmuskellähmungen, das Fieber, und die trophischen Störungen der Haut bei Hysterie kommen folgende Erwägungen in Betracht. Zunächst wird man heute, wie gesagt, unbedingt eingestehen müssen,

dass auch bei inkomplizierter Hysterie Lähmungen äusserer Augenmuskeln, eine echte Ptosis, Pupillenlähmung und -Starre beobachtet sind. Bei den meisten „Lähmungen" der äusseren Augenmuskeln handelt es sich aber um Kontraktur der Antagonisten der scheinbar gelähmten Muskeln. Eine Ptosis wurde bei der Hysterie nicht selten durch eine Kontraktur des betreffenden Muskulus frontalis und Orbikularis oculi vorgetäuscht. In einigen anderen hierhergerechneten Fällen ist z. B. später durch die Sektion nachgewiesen, dass die Ophthalmoplegie anatomisch begründet war. Differenzen in der Pupillenweite haben überhaupt nur dann einen Wert, wenn dabei auf der einen oder auf beiden Seiten Lichtstarre besteht — in solchen Fällen soll man, besonders bei grossen Differenzen, immer auch an Simulation durch Atropinisierung denken, was ich in einem Falle persönlich erlebt habe. Der Nachweis von Pupillenstarre im hysteroepileptischen Anfalle ist jedenfalls mit grossen Schwierigkeiten verbunden. Bei dem sogenannten hysterischen Fieber soll man immer zunächst an eine Komplikation denken, die doch nicht stets so ganz leicht auszuschliessen ist — ferner ist hier gerade häufig Simulation (Manipulationen mit dem Thermometer) direkt nachgewiesen. Das letztere — die Möglichkeit einer Simulation — gilt auch ganz besonders für die „trophischen" Störungen der Haut — ich selber konnte, wie oben angeführt, in einem Falle direkt Simulation nachweisen, in einigen anderen verschwanden die Störungen (Brandwunden) sofort, als ich den Patientinnen ihre künstliche Hervorrufung auf den Kopf zusagte. Es ist auch gewiss nicht ganz zufällig, dass diese noch zweifelhaften Symptome der Hysterie spez. die 3 letzterwähnten, bei Kindern kaum vorkommen. Kurz, wenn man heute auch, spez. bei dem Nachweis echter hysterischer Augenmuskellähmungen, die Theorie Möbius nicht mehr als ausnahmsloses Gesetz anerkennen kann — welches Gesetz liesse Ausnahmen nicht zu — so bleibt ihre hohe Bedeutung für die Diagnose der Hysterie doch schon deshalb bestehen, weil die strittigen Symptome überhaupt und besonders bei der Kinderhysterie so selten sind, dass sie für die diagnostischen Erwägungen kaum in Betracht kommen; ganz

abgesehen davon, dass wir, wenn wir sie immer vor Augen behalten, bei dem Nachweis einer grossen Anzahl von Symptomen doch ohne weiteres, wie wir sahen, das Vorhandensein einer inkomplizierten Hysterie ausschliessen können.

Der zweite Einwand gegen die These von Möbius ist ein mehr theoretischer. Es ist ihr der Vorwurf gemacht, sie sei nicht wissenschaftlich; denn es sei nicht angängig, sozusagen vom grünen Tische aus zu dekretieren, das und das Symptom sei bei einer bestimmten Krankheit nicht möglich; jeder einzelne Fall könne eine solche These ad absurdum führen; denn gerade bei der Hysterie habe man ja erlebt, dass selbst Charcot lange Zeit die Möglichkeit einer Gesichtslähmung geleugnet habe, ihr Vorkommen später aber habe zugeben müssen. Ich glaube, dieser Vorwurf ist nicht ganz gerecht. Unbestreitbar wäre er, wenn es sich bei der Hysterie um eine auch organisch gut charakterisierte Krankheit handelte, wie z. B. die multiple Sklerose. Auch hier hat man früher das Vorhandensein von Gefühls- oder Blasenstörungen bestritten oder wenigstens für sehr selten gehalten; hier konnte aber nachgewiesen werden, dass beides namentlich im Endstadium anatomisch verifizierter Fälle recht häufig sei. Anders bei der Hysterie. Auch heute kann man eine bestimmte Definition dessen, was die Hysterie eigentlich ist, trotz alles angewandten Scharfsinnes, nicht geben, wenn auch unter Sachverständigen wohl in den meisten Einzelfällen darin Einigkeit herrschen wird, zu sagen: „Das ist Hysterie“, oder „Das ist keine Hysterie“. Unter diesen Umständen ist es wohl berechtigt und hat, wie ausgeführt, einen nicht geringen praktisch-diagnostischen Wert, um wenigstens erst einigermaßen Ordnung in dem Chaos zu schaffen, zunächst zu sagen: „Nach meiner ganzen Auffassung, die ich mir von dem Wesen der Hysterie gemacht habe, können die und die Symptome hysterische sein, die und die anderen nicht“. So ist die These von Möbius gemeint und, wie gesagt, für die weitaus meisten und ganz sicheren Symptome der Hysterie hält sie auch fest; dass sie, wie erwähnt, vielleicht prinzipiell nicht in aller Schärfe aufrecht erhalten werden kann, muss heute zu-

gegeben werden, nimmt ihr aber nur wenig von ihrer praktischen Bedeutung. *)

Neben diesen prinzipiellen, und darum gerade für die Diagnose so wichtigen Momenten — denn bei der Hysterie kann man ihrer ganzen Natur nach nicht alles bei ihr mögliche aufzählen, da diese Krankheit sozusagen stets neue Symptomenbilder selbst erfindet, zu deren Erkennung es darauf ankommt, den richtigen Schlüssel, die richtige Formel zu besitzen — gibt es aber bei der Hysterie noch eine Anzahl anderer, zum Teil sehr charakteristischer Anhaltspunkte, die, wenn man nur auf sie achtet, einem oft auf die richtige Diagnose verhelfen. Viele Krankheitsfälle gestatten z. B. eine sofortige Anblicksdiagnose, sie tragen ihr Erkennungszeichen an der Stirn und für den einigermaßen Kundigen kann kein Zweifel sein, um was es sich z. B. bei einem charakteristischen hysterischen Husten, bei einer Tachypnoe, bei dem oben beschriebenen Falle von „stotternder" Abasie, bei der Chorea rhytmica und magna, bei der Besessenheit handelt.

Manchmal sind die Symptome charakteristisch durch ihre enorme Heftigkeit oder besser gesagt durch die enorm übertriebene Reaktion des Kranken gegen seine krankhaften Empfindungen; oder aber durch das, was die Franzosen Massivität nennen. So benehmen sich z. B. bei hysterischen Schmerzen die Kranken, als ob sie, wie der Laie sagt, verrückt werden wollten. Sie schreien und toben in einem fort in der wildesten Weise, werfen sich im Bette hin und her, während Kranke mit denselben Symptomen organischer Natur ganz still liegen würden. Auch wirklich organisch bedingte Schmerzen können bei gleichzeitiger Hysterie natürlich diesen Charakter annehmen; so wurde ich einmal zu einer tabischen Frau mit schweren lanzinierenden Schmerzen gerufen, bei der mir die

*) Übrigens sind mehrfach Fälle beschrieben, wo durch besondere Übung isoliertes Funktionieren einzelner Muskeln erreicht war, die sonst dem Willen absolut nicht gehorchen, so z. B. einseitige Stimmbandbewegungen, alleinige Bewegung des Platysma etc. Vielleicht kann man sich auch isolierte Bewegungen einzelner äusserer Augenmuskeln einstudieren. In solchen Fällen ist dann erklärlich auch ihre hysterische Lähmung ohne weiteres erklärlich — aber man kann mit solchen Ausnahmen nicht rechnen.



Übermäßigkeit ihrer Schmerzäusserungen auffiel — einige Wochen später bekam sie in meiner Sprechstunde einen typischen hysterischen Anfall. Unter Massivität versteht man z. B., dass die hysterischen Kontrakturen an Stärke die organischen bei weiten übertreffen, meist nicht die geringste Gelenkbewegung zulassen; ferner, dass man sehr selten hysterische Paresen, meist nur vollkommene Paralysen sieht, und dass, wenn sie sich mit Anasthesien verbunden, diese meist ebenfalls totale für alle Qualitäten sind; oder dass beim hysterischen Mutismus im Gegensatze zur organisch bedingten Aphasie auch jeder Sprachrest und sogar die Möglichkeit Töne hervorzubringen fehlt. Auch die hysterischen Anfälle zeichnen sich meist durch ihre Wildheit und die Variabilität ihrer einzelnen Phasen aus; sie imponieren dadurch dem Laien oft viel mehr, als die einfacheren epileptischen Paroxysmen; bei mehrfach am Tage auftretenden Zuständen von einfacher, kurz vorübergehender Bewusstlosigkeit braucht man fast nie an Hysterie zu denken; es handelt sich da immer um Epilepsie.

Durch andere Besonderheiten verraten die hysterischen Symptome in sehr schöner Weise ihren psychischen Ursprung. Ich habe das z. T. schon oben bei der Symptomatologie angedeutet. Die Formel für diese Verhältnisse findet man am besten, wenn man sagt, die Hysterie emanzipiert sich in ihren Symptomen und speziell in der Gruppierung derselben vollständig von den uns bekannten anatomischen Grundlagen und Verhältnissen. Sehr charakteristisch ist das z. B. für die Lähmungen. Mögen dieselben paraplegische, monoplegische oder hemiplegische sein — ihre Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen sind niemals in der so charakteristisch verschiedenen, aber für den einzelnen Fall gesetzmäßigen Weise gruppiert, wie wir das für die organischen Läsionen der einzelnen Segmente des Rückenmarkes, der Plexus oder der peripherer Nerven oder endlich des Gehirnes kennen. Die Hysterie kehrt sich nicht an diese so ausserordentlich verwickelten Verhältnisse; für sie — wie für das naive mit den anatomischen Dingen nicht vertraute Vorstellen überhaupt — ist, um hier nur von den Extremitäten zu sprechen, da eine weitere Ausführung dieser Überlegungen

hier zu umständlich sein würde, jedes einzelne Glied in Motilität und Sensibilität ein Ganzes, das in mehr weniger selbstständige Teile nur wieder durch die einzelnen Gliedabschnitte zerfällt. Deshalb betreffen die hysterischen Lähmungen entweder eine ganze Extremität — oder aber Teile von ihr, die scharf von den nicht gelähmten durch die Gelenke getrennt werden — auf die Weise entstehen Lähmung der Hand allein, oder der Hand und des Unterarmes, oder aber, was noch charakteristischer ist, nur der Schulterbewegungen bei Freibleiben der Hand und des Unterarmes. Dasselbe gilt natürlich auch für das Bein. Niemals aber gibt es bei der Hysterie Gruppierungen wie z. B. bei der Erbschen Plexuslähmung, die einzelne Muskeln der Schulter, des Oberarmes und des Unterarmes aus der Gesamtheit der betreffenden Muskulatur herausgreift. Bestehen bei der Lähmung Sensibilitätsstörungen, was wie ausgeführt bei Kindern selten ist, so decken sie sich sicherlich nicht mit der Lage der gelähmten Muskeln, sondern mit dem unbeweglichen Extremitätenabschnitt; bei einer Lähmung der Hand ist nur diese, bei einer der Hand und des Unterarmes sind nur diese beiden Teile des Armes anästhetisch. Während bei organischen Lähmungen — spez. solchen die vom Plexus oder vom Rückenmarke ausgehen — die Störungen des Gefühles speziell am Arme in der Längsaxe des Gliedes parallelen Streifen angeordnet sind — sind die Anästhesiegrenzen bei der Hysterie immer senkrecht zur Längsaxe gestellt — sie laufen zirkulär um das Glied — was ja bei ihren Beziehungen zu den Lähmungen der einzelnen Gliedabschnitte nur verständlich ist. Dieselben Gründe — die absolute Emanzipation von der anatomischen Grundlage und die Anordnung der Störungen nach dem von der Anatomie unbeeinflussten naiven Vorstellen, veranlasst es, dass bei hysterischer Hemiplegie meist das Gesicht unbeteiligt bleibt, dass hysterische Sehstörungen nicht hemianopische Gesichtsfelddefekte zeigen (ganz seltene Ausnahmen sind hier beschrieben), sondern in einseitiger Amaurose oder konzentrischer Einengung sich darstellen; dass auf ein Kopftrauma folgende hysterische Erscheinungen an den Extremitäten auf der Seite der Läsion und nicht gekreuzt sitzen — denn die naive Vorstellung des Laien weiss nichts von den

gekreuzten Beziehungen des Gehirns zu den Körperhälften —, und Anderes mehr.

Fast noch charakteristischer, aber ebenfalls ganz direkt auf den psychischen Ursprung hinweisend, ist dasjenige Verhalten der hysterischen Lähmungen, das Babinski mit dem Ausdrucke Paralyse hysterique systématique bezeichnet hat. Der Ausdruck soll bezeichnen, dass bei dieser Form der hysterischen Lähmungen nicht wie bei organischer in den weitaus meisten Fällen, jede Funktion des oder der gelähmten Muskeln gestört ist, sondern nur ganz bestimmte Funktionen. Am charakteristischsten ist in dieser Beziehung die Astasie-Abasie, wo nur das Stehen und Gehen unmöglich ist, während im Liegen alle Bewegungen der Beine ausführbar sind. Babinski hat auch das Umgekehrte gesehen, Lähmung der Beinmuskeln im Liegen, bei guter Funktion derselben beim Stehen und Gehen. Dahin gehört auch eine Gesichtslähmung nur bei reinen Willkürbewegungen, während z. B. die emotionellen, beim Lachen und Weinen, erhalten sind, ein Verhalten, das, aber im umgekehrten Sinne, auch bei organischen Läsionen des Thalamus optikus vorkommt. Dahin gehört, dass z. B. das hysterische Stottern unter Umständen nur bei ganz bestimmten Buchstaben oder stets nur beim Beginn eines sprachlichen Aktes auftritt, oder aber was noch charakteristischer ist, nur bei Lautlesen und Nachsprechen, nicht aber beim Spontansprechen, wie in einem von mir vor kurzem beobachteten Falle; ferner dass bei hysterischer Stimmbandlähmung nur das Sprechen aber nicht das Singen unmöglich ist. Diese letzteren Symptomenkomplexe tragen natürlich ihren hysterischen Ursprung auf der Stirn; für manche von ihnen könnte man auch die Formel so fassen, dass man sagt, die Hysterie erzeugt Lähmungen nicht so sehr gewisser Muskeln in ihrer Totalität, vor allen Dingen nicht einzelner Muskeln, sondern Lähmungen gewisser Funktionen, sie lähmt das Stehen und Gehen, sie lähmt das Sprechen aber nicht das Singen etc. etc. Dahin gehört es auch, dass die häufigeren hysterischen Augenmuskellähmungen nicht solche einzelner Muskeln, sondern Blicklähmungen sind — eine Blicklähmung nach einer oder nach beiden Seiten oder nach oben oder unten

welche letztere in reiner Form auf organischer Grundlage überhaupt sehr selten ist.

In gewisser Weise charakteristisch für die hysterischen Symptomen und darum für die Diagnose von Bedeutung ist es auch, wenn diese in ihrer Schwere im starken Missverhältnisse zu der sie bedingenden Ursache stehen. So liegt es auf der Hand, dass man sozusagen auf die Diagnose der Hysterie direkt gestossen wird, wenn man nach einer leichten Ohrfeige des Lehrers totalen Mutismus, nach einem geringen Schrecken eine andauernde Chorea, nach einem ganz leichten Trauma eine totale Lähmung eines Armes, eine Astasie-Abasie oder eine hartnäckige Gelenkneuralgie mit Kontrakturen eintreten sieht. Schwierig ist es in den letzteren Fällen nur manchmal aus der Anamnese genaueres über die Art des Trauma zu erfahren: auch wirken hier für Schwere und Dauerhaftigkeit der Symptome manchmal Momente mit, wie ich sie eben auf Seite 34 angedeutet habe.

Last, not least sei die grosse psychische Beeinflussbarkeit der hysterischen Symptome erwähnt. Diese steht in nahen Beziehungen dazu, dass, wie wir bei der Ätiologie gesehen, auch die Ursachen des Leidens und spez. seiner einzelnen Symptome fast immer rein psychische sind. Ich habe schon erwähnt, wie charakteristisch es ist, dass man speziell die anfallsweise auftretenden Symptome der Hysterie fast immer in der Sprechstunde zu sehen bekommt; zögern die Kranken, so braucht man etwa nur zu bemerken, wie wichtig es doch für die Beurteilung sei, wenn man selbst den Anfall gesehen habe. Dieser Wunsch ist der Hysterie fast immer Befehl. Auch die Unterdrückbarkeit der Anfälle — sei es auch auf dem Umwege über hysterofrene Punkte — gehört hierher; auch hier ist es, wie gesagt, gut, will man diese Punkte demonstrieren, vorher in Gegenwart der Kinder mit Nachdruck zu bemerken, dass bei Druck in der oder der Körpergegend die Krämpfe wohl aufhören werden. Schliesslich ist natürlich auch die schnelle Heilung irgend eines hysterischen Symptomes auf dem einfachen psychischen Wege oder durch den Umweg irgend einer suggestiv wirkenden Behandlungsmethode

ein Beweis für diese psychische Beeinflussbarkeit; doch will ich hier bemerken, dass auch der Eintritt des Todes nicht immer ein Grund ist, die gestellte Diagnose „Hysterie“ umzustossen; mehrmals ist derselbe bei lange vernachlässigter Anorexie eingetreten (ein Beispiel habe ich oben angeführt), einige Male auch im hysterischen Anfalle.

Hält man sich alle die angeführten für die Hysterie charakteristischen Umstände stets vor Augen, so wird man in den meisten Fällen sofort oder bald zur richtigen Beurteilung des Falles kommen und ich habe gerade dieser ausserordentlich diagnostischen Wichtigkeit wegen alle diese Dinge hier ausführlich angeführt, obgleich sie ja im übrigen nichts spezifisches für die Kinderhysterie haben, sondern für die Hysterie im Allgemeinen giltig sind. Dennoch will ich das nochmals hier hervorheben, dass die Sache doch nicht immer so leicht ist, wie sie nach den vorstehenden Ausführungen scheinen könnte. Die Hysterie — diese grosse Nachahmerin, cette grande maladie simulatrice, wie die Franzosen sagen — erreicht in der Nachahmung manchmal eine solche Meisterschaft, dass sie auch Erfahrene eine Zeit lang täuschen kann. Ein Beispiel meiner eigenen Erfahrung will ich hier anführen. Mir wurde ein 11jähriges Mädchen zugeführt mit folgenden Symptomen: starke, scheinbar fixierte Verkrümmung der Halswirbelsäule, schlaffe Lähmung des r. Armes, Ödem der r. Hand, Parese der Beine. Die Diagnose war von verschiedenen Ärzten auf Caries der Halswirbelsäule gestellt; auch ich hatte zuerst diesen Eindruck. Ich fand zunächst, dass die Sehnenreflexe an den Beinen nicht erhöht waren; ferner dass der r. Arm in typisch hysterischen Grenzen anästhetisch war; dann dass ich mit einigēr Mühe den Kopf gerade stellen konnte, dass er aber stets wieder in die fehlerhafte Stellung zurückschnellte; schliesslich dass, wenn ich den Arm erhob, ich nicht seine ganze Last trug, sondern die Patientin einen Teil derselben übernahm. Als ich soweit war, erhob ich den Arm wieder und rief dem Kinde mit möglichst lauter Stimme zu, indem ich den Arm losliess: „Jetzt bleibt der Arm aber oben“ und er blieb oben. Die übrigen hysterischen Reste wurden bald geheilt. Man muss gestehen, dass hier die Imitation einer

organischen Läsion schon sehr weit ging. Geradezu meisterhaft war sie in einem Falle von hysterischer Pseudomeningitis bei einer Erwachsenen, bei der Nackenstarre, Pulsverlangsamung, Benommenheit und scheinbare Worttaubheit bestand; ferner bei einem Kinde, bei dem andauernder Kopfschmerz mit Erbrechen und Anorexie und leichten konvulsiblen Anfällen lange den Verdacht eines Hirntumors nahelegten. Natürlich fehlte hier die Stauungspapille. Hysterische Kontrakturen nach überstandenem Gelenkrheumatismus waren in einem anderen Falle natürlich für rheumatische Ankylosen gehalten. Am schwierigsten wird die Sache, wenn sich hysterische und organische Symptome mit einander verbinden. So sah ich bei einer infantilen Hemiplegie eine Kontraktur des Fusses in Spitzfussstellung, wie sie ja dabei nicht selten ist. Die Kontraktur war nur auffällig durch ihre Schmerzhaftigkeit und der weitere Verlauf lehrte, dass sie hysterischer Natur war. Bei alter ausgeheilter Caries der Wirbelsäule bestand in einem anderen Falle eine hysterische starre Paraplegie. Bei Nephritis sah ich echt hysterische Anfälle bei einem jungen Manne, die natürlich — auch von mir, solange ich sie nur aus der Beschreibung der Mutter kannte — für urämische gehalten waren. Bei Syringomyelie habe ich — allerdings bei einer Erwachsenen — hysterische Anästhesieen gesehen, die bei Magnetbehandlung auf die andere Seite übergingen. Am schwierigsten ist die Sache bei der multiplen Sklerose, deren erste Entstehung ja oft in die Zeit der Pubertät fällt — hier kommen einerseits echte hysterische Symptome, z. B. Anästhesieen vor; andrerseits sind auch die oft so flüchtigen, durch kein sicheres organisches Symptom sich ausweisenden klinischen Erscheinungen der Sklerose selbst — z. B. die vorübergehenden Sehstörungen und Lähmungen — leicht mit Hysterie zu verwechseln.*) Kurz der Fallstricke gibt es auch für den Erfahrenen und Sorgsamen noch sehr viele; ich will hier nochmals hervorheben, dass es gerade bei Kindern ganz besonders

*) Von grosser Bedeutung für die Diagnose Sklerose ist hier bei Lähmungen der Beine der Nachweis des Babinski'schen Zeichens, da deutlich clonische Sehnenreflexe hier fehlen und andererseits bei Hysterie vorkommen können.

4

darauf ankommt, immer an Hysterie mit zu denken — auch in Fällen, wo eine organische Läsion sicher vorliegt, wo aber nicht alle Symptome auf diese passen. Denn der Fehler, ein organisches Leiden für hysterisch zu halten, der bei Erwachsenen der häufigere ist, ist bei Kindern, wie oben erwähnt, im Ganzen selten — natürlich muss auch er vermieden werden.

Ich brauche mich nach diesen Auseinandersetzungen wohl nicht mehr auf gesonderte differentialdiagnostische Betrachtungen über die Hysterie einzulassen. Da die Hysterie fast alle bekannten organischen und funktionellen Erkrankungen des Nervensystemes und viele andere — Magendarm-, Lungen-, Herzkrankheiten — bis zu einem bestimmten Grade nachahmen kann, würde das viel zu weit führen. Das Notwendigste für die Unterscheidung ist übrigens oben schon für die einzelnen Symptomenkomplexe angeführt — im übrigen halte man sich nur an die gegebenen allgemeinen Gesichtspunkte und man wird am seltensten fehlgehen. Nur eines möchte ich noch sagen. Ausser der Hysterie und manchmal mit ihr zusammen kommt im Kindesalter die Hypochondrie vor; nur ist sie viel seltener als die Hysterie. Es ist nötig, darauf Rücksicht zu nehmen, da die Prognose der Hypochondrie eine ganz andere ist, als die der Hysterie.

Nötig ist es auch, einige Worte über die Simulation bei der Hysterie und spez. bei der Hysterie der Kinder, zu sagen. Manche, namentlich französische Autoren, wollen von ihr überhaupt nichts wissen, was entschieden unrichtig ist. Meine Stellung dieser Frage gegenüber geht schon aus vielen Einzelheiten im Vorstehenden hervor, wie meine Auseinandersetzungen ja auch wohl deutlich zeigen, wie schwer die Grenze gerade zwischen echten hysterischen Symptomen und mehr weniger bewusster Simulation zu ziehen ist. So würden nach der oben gegebenen Definition die meisten hysterischen Symptome auch willkürlich zu erzeugen und in Folge dessen auch simulierbar sein. So kommen ätiologisch, für die Art und die Zeit des Auftretens einzelner hysterischer Symptome, mehr weniger bewusste psychische Momente gerade bei der Kinderhysterie in Betracht

— Furcht vor Strafen, reine Faulheit, das Bestreben, strengen Lehrern oder Erziehern etwas anzuhängen; eventuell sogar Begehrungsvorstellungen. Schliesslich kann man garnicht so selten den bewussten Betrug direckt nachweisen — bei Selbstverletzungen, Pupillenerweiterungen, bei sogenanntem hysterischen Fieber. Man muss aber, auch abgesehen von diesen tatsächlich bewiesenen Dingen, wenn man die Sache vorurteilsfrei ansieht, zugeben, dass es überhaupt im hysterischen Charakter liegt, zu übertreiben, es mit der Wahrheit nicht zu genau zu nehmen, zu etwa vorhandenen echten Störungen noch andere bewusst täuschend hinzuzufügen, und dass man das nicht alles auf etwaige Gedächtnislücken, Traumerinnerungen, oder auf die Leichtgläubigkeit der Hysterischen an das, was Andere ihnen erzählen, zurückführen kann, wie Gilles de la Tourette das versucht. Für die Kinder speziell kommt noch hinzu, dass bei ihnen das Lügen sehr verbreitet ist — sie lügen häufig so lange, bis sie verständig genug sind einzusehen, dass sie mit der Wahrheit besser fahren — und dass bei ihnen auch die Phantasie eine ganz besonders lebhafte ist — man braucht nur zu sehen, wie sehr sich Kinder bei ihren Spielen in die gespielte Rolle hineinversetzen, die sie fast mehr leben als spielen — man wird sich dann über die oft meisterhaften Szenen, die sie z. B. im somnambulen Zustande aufführen, nicht mehr wundern und wird sich doch sagen müssen, wie leicht hier Wahrheit und Dichtung vermischt werden kann.

Aber wenn ich somit auch das Vorkommen echter Simulation auch bei der Hysterie der Kinder anerkennen muss, so muss ich doch erstens sagen, dass die bewusste Simulation hier entschieden selten ist, und dass zweitens gerade die Dinge, bei denen bewusst simuliert zu werden pflegt — ich nenne z. B. die Selbstverletzungen — wenn sie im Kindesalter vorkommen, wo die Furcht vor jeder Verwundung doch meist eine besonders grosse ist, mit Nachdruck beweisen, dass diese Simulations- und Betrugsversuche auf krankhafter psychischer Grundlage entstehen müssen. Dann ist wohl das Symptom vorgetäuscht — die krankhafte Grund-

lage, die Hysterie, besteht aber darum nicht minder. Man hüte sich also vor allem, die Krankheit oder auch nur alle Krankheitssymptome zu negieren, wenn man die Vortäuschung einer oder einzelner Erscheinungen nachgewiesen hat.

Prognose.

Bietet in diagnostischer Hinsicht wie die vorstehenden ausführlichen Auseinandersetzungen zeigen, die Hysterie der Kinder keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der der Erwachsenen, so liegt dagegen die Sache bei den prognostischen Verhältnissen ganz anders. Die Prognose der Kinderhysterie ist eine besondere und man kann im ganzen sagen, dass ihre Differenzen gegen die Hysteria adultorum für die Kinderhysterie von erfreulicher Natur sind. Die Prognose ist hier eine bessere, im ganzen eine recht gute; und zwar gilt das nicht nur für das einzelne Symptom, das bei richtiger Erkenntnis der Krankheit in den meisten Fällen rasch geheilt werden kann — man denke dem gegenüber nur an die so oft hervortretende Ohnmacht jeder Behandlung bei den hysterisch-traumatischen Symptomen erwachsener Männer — sondern auch für die Krankheit Hysterie an sich. Gerade das letztere möchte ich als ganz besonders erfreulich hier betonen — es steht im scharfen Gegensatz zu der häufigen Unheilbarkeit der Hysterie in späteren Lebensphasen; — ich kann in dieser Beziehung zwar statistische Daten nicht geben, kann aber bestimmt behaupten, dass von den von mir in Bezug auf ihre manifesten Symptome gründlich geheilten Kindern eine nicht kleine Zahl später ganz gesund geblieben ist und auch sogenannte interparoxysmelle Zeichen der Hysterie nicht mehr dargeboten hat. Dabei handelt es sich doch immerhin um eine ganze Anzahl von Personen, die jetzt in der ersten Hälfte des 3. Lebensjahrzehntes stehen, die ihren Beruf, die weiblichen Kranken zum Teil als Mütter und Ehefrauen, voll erfüllen, und von denen ein Teil auch von grösseren Erregungen, Kummer und Sorgen, wie sie das Leben mit sich zu bringen pflegt, nicht verschont geblieben

ist. Die günstige Prognose der Kinderhysterie in dieser Beziehung hängt wohl in erster Linie davon ab, dass bei Kindern dasjenige, was man den hysterischen Charakter nennt — ein allerdings schwer definierbares Wort — sich noch nicht fest ausgebildet hat; und dass durch eine rasche und gründliche Heilung der manifesten Symptome den Kranken auch besonders drastisch zu Gemüte geführt wird, dass ihre krankhaften Störungen von keiner Bedeutung waren. Wichtig ist dabei wohl auch, dass unter gleichen Umständen dieselbe kräftige Überzeugung auch den Eltern und Pflegern beigebracht wird, dass sie von nun an ihren Kindern gegenüber verständiger auftreten, nicht so ängstlich auf alles eingehen, und dass etwaige neue hysterische Manifestationen auf diese Weise im Keime erstickt werden. Wie man sieht, kommt also auch für die günstige Prognose der Gesamthysterie im Kindesalter vieles, wenn nicht alles, auf die möglichst frühzeitige und gründliche Ausrottung der ersten Manifestationen an.

Die bessere Prognose dieser einzelnen Manifestationen der Kinderhysterie gegenüber denen der Erwachsenen beruht natürlich ganz auf psychischen Ursachen. Sie wird, da die Heilung hysterischer Symptome immer auf psychischem Wege erfolgt, dadurch bedingt, dass die Kinder eben viel leichter psychisch zu beeinflussen sind, als die Erwachsenen, dass sie sich eher imponieren, leichter einschüchtern lassen als diese — dass sie leichtgläubiger und im ganzen doch auch mehr ans Gehorchen gewöhnt sind, namentlich fremden autoritativen Personen gegenüber und unter fremden äusseren Verhältnissen. Natürlich treffen auch bei Kindern im einzelnen Falle alle diese Umstände in mannigfach verschiedenem Grade zu, und damit wird auch die Prognose eine mehr oder weniger gute. So kommt es, dass bei Kindern etwa von 7—14 Jahren die günstigere Prognose der hysterischen Symptome mit dem zunehmenden Alter allmählich abnimmt, weil die zu ihrer Heilung nötige psychische Beeinflussung bei dem immer geringer werdenden Autoritätsglauben und der grösser werdenden psychischen Selbständigkeit immer schwerer zu erreichen ist. Da die letzterwähnten Umstände — die Entwickelung eines eigenen Charakters mit geringerer Eindrucksfähigkeit — bei den

Kindern in der Stadt meist früher eintreten als bei denen auf dem Lande, so ist die Prognose des hysterischen Symptomes unter den gleichen Umständen für das Landkind im allgemeinen eine bessere als für das Stadtkind. Unter dem 6. Jahre ist die Prognose wieder etwas schlechter, als gerade in diesem Alter, weil die kleineren Kinder sich überhaupt nur schwer beeinflussen lassen — doch gelingt das immer noch leichter als bei Erwachsenen. Aus ganz denselben rein psychischen Gründen erreicht der fremde Arzt bei der Hysterie meist mehr als der bekannte, der „Onkel Doktor". Ganz besonders wirken natürlich alle diese für die Prognose günstigen, psychischen Einflüsse auf ein Kind, das zur Heilung seines Leidens in einen ganz fremden Ort und dort ins Krankenhaus und zu einem fremden Arzt gebracht wird, dem dann auch noch ein besonderer Ruf, der auch zu Ohren des Kindes gekommen ist, auszeichnet und in Folge der noch grösseren Häufung aller dieser günstigen Momente hat man die raschesten Erfolge bei nicht zu alten Kindern, die **vom Lande** ins Krankenhaus in die Stadt gebracht werden.

Für die Prognose von Bedeutung ist auch die Zeitdauer, seit der das betreffende Krankheitssymptom besteht und ferner, ob schon viele vergebliche Versuche zu seiner Heilung gemacht sind. Je länger eine hysterische Krankheitserscheinung besteht, desto widerstandsfähiger wird sie und viele vergebliche Heilungsversuche vermindern natürlich den Glauben des Kindes an die Kraft der ärztlichen Kunst überhaupt und erschweren auch später in die Behandlung eingreifenden Ärzten ihre Erfolge, besonders dann, wenn alle denkbaren Mittel schon verbraucht sind. Je jungfräulicher und unberührter der Fall ist, desto besser seine Prognose, wenn er richtig erkannt und dann gleich richtig angefasst wird; die Hauptsache ist also auch hier wieder frühes Erkennen und dann energisches Eingreifen.

Selbstverständlich bringt man nicht in allen Fällen von Kinderhysterie — auch unter scheinbar günstigen Verhältnissen, das Einzelsymptom rasch zur Heilung; mir selbst ist das unter 95 Fällen trotz längerer Behandlung 10 mal nicht gelungen. Ungünstig wirken können, wie schon erwähnt, das höhere

Alter des Kindes, häufige vorhergegangene, aber fehlgeschlagene Heilversuche; dann, was ebenfalls schon hervorgehoben, ungünstig wirkende Vorstellungen der Kinder selbst (Racheakte gegen strenge Lehrer und Erzieher) oder der Eltern (Begehrungsverstellungen). Auch in anderer Beziehung kann die Einsichtslosigkeit der Eltern die Prognose natürlich verschlechtern, wenn sie die zur Heilung nötigen Maßnahmen — spez. die Isolierung — nicht streng durchführen oder zu früh wieder aufgeben. Manchmal muss man sich auch selbst wohl den Vorwurf machen, den Fall ungeschickt angefasst zu haben; so glaube ich jetzt in einem Falle von schweren hysterischen Kopfschmerzen bei einem älteren Knaben, den ich im Krankenhause aufgenommen hatte, eine Heilung deshalb nicht erreicht zu haben, weil ich dem Kranken eine Korrespondenz mit seiner hysterischen Mutter gestattete.

Behandlung.

Krankheiten verhüten ist besser, und die dahin gerichteten Bestrebungen bieten oft mehr Aussicht auf Erfolg, als Krankheiten heilen. Dieser Fundamentalsatz der wissenschaftlichen Medizin der Gegenwart gilt natürlich für alle Krankheiten, deren Ursachen uns einigermaßen bekannt sind, und somit auch für die Hysterie. Sehen wir uns aber die oben ausführlich gegebenen ätiologischen Momente, spez. für die schon im Kindesalter manifest werdende Hysterie noch einmal näher an, so werden wir leicht erkennen, dass gerade hier unseren prophylaktischen Bestrebungen doch sehr enge Grenzen gezogen sind. Da, wie wir gesehen haben, die wesentlichste und eigentliche Grundursache der Hysterie in der erblichen Belastung liegt, müsste man, um diese Krankheit radikal zu bekämpfen, die nervöse Belastung aus der Welt schaffen, mit anderen Worten, es müsste jedem nervösen, und bei der Häufigkeit der direkten gleichartigen Vererbung vor allen Dingen jedem hysterischen Individuum die Möglichkeit entzogen werden, sich fortzupflanzen. Dass schon der Gedanke an dahin zielende Maßnahmen aus vielen Gründen eine Utopie ist, dürfte wohl klar auf der Hand liegen; bei der Häufigkeit nervöser Störungen würde unter solchen Umständen

die Welt sich bald entvölkern. Nur das könnte vielleicht bei möglichster Verbreitung einer vernünftigen Einsicht in die schwerwiegende Bedeutung einer erblichen Belastung für die Nachkommenschaft erreicht werden, dass, wenn die Verheiratung eines nervösen Individuums in Frage kommt, wenigstens dafür gesorgt wird, dass der andere Teil frei von Nervosität ist, damit für die Nachkommenschaft zu mindesten die Gefahr von beiden Eltern, die sogenannte konvergierende Belastung fortfällt. Bei der fatalen Anziehungskraft, die nervöse Individuen auf einander ausüben, liegt nämlich auch diese Gefahr sehr nahe und sie wird sehr oft gering geachtet; denn der Laie kennt entweder die Bedeutung der erblichen Belastung nicht oder er setzt sich aus meist rein äusserlichen Gründen über seine Bedenken hinweg — und der Arzt wird bei dieser Gelegenheit fast nie gefragt und wenn er, etwa von der einen Partei, gefragt wird und vielleicht die Ehe hindernde Dinge beibringen könnte, gebietet ihm oft sein Berufsgeheimnis Schweigen.

Abgesehen also von ganz seltenen Ausnahmen kann die prophylaktische Tätigkeit des Arztes gegen die Kinderhysterie nicht schon bei den Eltern, sondern erst bei den Kindern selbst beginnen, und es wird sich dabei um Kinder handeln, bei denen der eine Teil oder gar beide Eltern schwer hysterisch sind, wo wir also die schwere nervöse Belastung als eine nicht mehr aus der Welt zu schaffende Tatsache anerkennen und mit ihr rechnen müssen. Hier wird sich die Frage aufwerfen, gibt es prophylaktische Maßnahmen, um in diesen Fällen die, wie wir annehmen, bei den betreffenden Kindern im Keime stets vorhandene Hysterie, auf ihrem Latenzstadium zu erhalten und manifeste Ausbrüche der Krankheit zu verhüten? Im allgemeinen werden sich gerade diese Fragen, deren Beantwortung ich, so gut es geht, versuchen will, sehr oft schon von selbst dem praktischen Arzte, dem Hausarzte in der betreffenden Familie aufdrängen; er kennt die Krankheiten der Eltern, oft schon von ihrer frühesten Jugend an, er kann die körperliche und geistige Entwicklung der in Betracht kommenden Kinder verfolgen,

er kennt auch die äusseren Verhältnisse der Familie am besten und weiss im speziellen Falle, welche Maßnahmen verlangt und erreicht werden können. Auch wird er naturgemäß von Eltern, die sich in dieser Beziehung überhaupt Sorge um ihre Kinder machen, und das kommt heute in besseren Kreisen doch schon häufiger vor, am ersten um Rat gefragt; während gerade für diese Fragen heute noch selten der Rat eines Spezialarztes eingeholt wird. Ich habe nun oben im Kapitel Ätiologie mit Nachdruck hervorgehoben, dass für die Auslösung hysterischer Krankheitserscheinungen im Kindesalter neben der erblichen Belastung und mit ihr unmittelbar verknüpft, vor allem zwei Momente in Betracht kommen: 1. die direkte Nachahmung der bei den Eltern vorkommenden und das Kind erschreckenden hysterischen Krankheitserscheinungen, 2. die mangelhafte Erziehung, die das Kind von seinen hysterischen Eltern geniesst. Es liegt nun natürlich sehr nahe, daran zu denken, diese beiden Schädlichkeiten radikal dadurch aus dem Wege zu räumen, dass man die Aufziehung und Erziehung erblich belasteter Kinder hysterischer Eltern dem Elternhause ganz nimmt, und die betreffenden Kinder sobald wie möglich in fremder Pflege, also etwa in Pensionaten, Klöstern oder in ähnlichen Instituten unterbringt. Dieser Vorschlag wird denn auch von Gilles de la Tourette wenigstens für Knaben und etwa von ihrem achten Jahre an gemacht. Nun scheint mir erstens, wenn man wirklich viel erreichen will, dieser Zeitpunkt ein reichlich später zu sein, da in vielen Fällen von Kinderhysterie die Krankheit schon vor diesem Alter auftritt; zweitens, glaube ich, wird man vielleicht in Frankreich und England, wo die Erziehung der Kinder ausserhalb des Elternhauses überhaupt mehr Mode ist, mit diesem Vorschlag Erfolg haben, aber kaum jemals in Deutschland, vor allen Dingen nicht in den Fällen, wo es sich noch um rein prophylaktische Maßnahmen handelt, ein eigentlicher Ausbruch der Krankheit noch nicht erfolgt ist, und die Eltern meist für so einschneidende Maßregeln die Sache noch nicht ernst genug ansehen. Dazu kommt noch, dass wenn diese Maßregel wirklich in vielen Fällen ergriffen würde, man in den betreffenden Pensionaten wieder wahre Brutstätten für die Kinderhysterie

ausbilden würde. Schliesslich bleiben auch noch die Mädchen unversorgt, die auch Gilles de la Tourette nicht in grossen Instituten untergebracht wissen will, bei denen aber die Gefahr an sich und weil ihre Erziehung noch mehr in der Hand der meist schwerer kranken Mutter liegt, noch grösser ist.

Man wird aus allen diesen Gründen deshalb auf solche radikalen Maßregeln meist verzichten müssen und kann schon sehr zufrieden sein, wenn man wenigstens einen Teil dieser so wünschenswerten Maßnahmen dadurch erreicht, dass den Kindern aus solcher Ehe gesunde Erzieher resp. Erzieherinnen gegeben werden, die den kranken Eltern die Pflicht der Erziehung abnehmen. Natürlich müssen unter solchen Umständen auch die Wohnungsverhältnisse der Eltern so beschaffen sein, dass es wenigstens gelingt, den Anblick der schweren Krankheitsanfälle der Eltern den Kindern vorzuenthalten, damit die schwere Gefahr der direkten Nachahmung fortfällt. In manchen Fällen und vor allen Dingen bei Mädchen, wird man auch wohl den Vorschlag Gilles de la Tourette's ausführen können, das Kind mit einer Erzieherin bei einer gesunden Verwandten unterzubringen, natürlich dann nicht zu sehr in der Nähe der kranken Eltern.

Was die Erziehung dann selbst anbetrifft, so kann man sich das für sie Notwendige wohl selbst aus dem oben bei der Atiologie gesagten abstrahieren. Im ganzen muss die Erziehung eine zielbewusste — bei aller Milde unter Umständen eine strenge sein. Man halte womöglich alles fern, was allzusehr die Phantasie erregt und hüte sich vor allen Dingen bei kleinen Mädchen davor, sie, was so oft geschieht, zu allerlei kleinen, die Eitelkeit der Eltern und der Kinder selbst anstachelnden Künsten abzurichten, die sie dann vor Erwachsenen ausführen müssen, welche öffentlich darüber ihren Beifall ausdrücken, während sie heimlich sich darüber lustig machen. Vor Verletzungen und vor Schreck wird man bei der grossen Bedeutung, die diesen Momenten für die Auslösung hysterischer Krankheitserscheinungen zukommt, die Kinder soviel wie möglich hüten — aber nicht dadurch, dass man sie nun in Watte einpackt und den Einwirkungen der Aussenwelt entzieht. Sind Verletzungen z. B. doch vorgekommen, so ist es gut, wenn man sich erst von ihrer Harmlosigkeit überzeugt hat, möglichst

wenig daraus zu machen und das Kind sobald wie möglich wieder zum Gebrauch des verletzten Körperteiles zu veranlassen. Ähnlich verfährt man in der Rekonvaleszenz innerer, spez. fieberhafter Erkrankungen; auch hier ist bei aller Sorgfalt nötig, wenigstens nicht übergrosse Sorge zu zeigen. Auch ist es durchaus schädlich, bei jeder kleinen Klage das Kind gleich von der Schule zu Hause zu behalten; das führt oft direkt zu Simulationsversuchen. Natürlich gelingt auch alles dies viel besser einer fremden Erzieherin als den besorgten, ängstlichen und psychopathischen Eltern.

Was den eigentlichen Unterricht anbetrifft, so soll dieser wenn möglich, immer in einer **öffentlichen** Schule erfolgen. Dadurch kommen die Kinder mit gesunden anderen Kindern zusammen, was ihnen so sehr nötig ist, weil diese ganz gewiss keine Rücksichten auf sie nehmen, sondern sie ebenso behandeln wie gesunde Kinder. Sie gewöhnen sich dadurch an einige Knüffe und Püffe und an gesunde, meinetwegen auch an etwas wilde Spiele, vor allen im Freien und stählen und kräftigen dadurch ihren Körper. Überhaupt sind natürlich alle körperlichen Übungen gut; nur sollen sie nicht, wie das heutzutage leider so leicht geschieht, allzu sportsmäßig betrieben werden, da dadurch wieder ganz unnötiger Weise ehrgeizige Bestrebungen erzeugt werden und diese oft zu übermäßigen Anstrengungen führen. Eine eigentliche Überbürdung mit geistigen Arbeiten in der Schule findet bei uns jetzt kaum mehr statt; auch glaube ich, dass Charcot Recht hat, dass Kinder sich garnicht überbürden lassen; doch wird es jedenfalls gut sein, Kinder, vor allen Dingen solche, die garnicht musikalisch sind, wenigstens nicht mit Klavierunterricht zu quälen.

Bei Mädchen erfordert die Zeit der eintretenden Menstruation noch besonders grosse Sorgfalt — möglichst grosse geistige und körperliche Ruhe. Da der Eintritt der ersten Regel in vielen Fällen die Kinder ganz unvorbereitet trifft und sie oft erheblich aufregt, würde es vielleicht ganz angebracht sein, wenn die Mutter oder die Erzieherin dem Kinde vorher davon Mitteilung machte, als von einer Sache, die naturgemäß eintreten muss, und über die das Kind nicht zu erschrecken braucht.

Überblicken wir noch einmal alles das angeführte, in prophylaktischer Beziehung wichtige, so werden wir erstens sehen, dass es sich zwar im Ganzen um ziemlich selbstverständliche Dinge handelt, dass es aber bei den vielen und von den verschiedensten Seiten ausgehenden schädigenden Dingen, die auf ein schwer belastetes Kind einwirken können, nur selten gelingen wird, diese alle fernzuhalten. Noch schwerwiegender ist aber, dass alle die erwähnten Vorsichtsmaßregeln überhaupt nur bei den sogenannten oberen Zehntausend durchführbar sind. Selbst bei dem grössten Teile derjenigen Familien, die man zum sogenannten mittleren Bürgerstande rechnet, ist natürlich die Forderung der Erziehung der Kinder durch eine fremde Person ein unerfüllbares Verlangen, und auch die Wohnungsverhältnisse sind meist nicht so, dass man in Zeiten schwerer Krankheitserscheinungen der Eltern, die Kinder räumlich von ihnen trennen kann. Wie viel weniger ist das aber noch möglich bei den wirklich Armen, wo hysterische Zustände der Eltern so sehr häufig sind, wo aber alles, was vorkommt, in einem Zimmer geschieht, wo dann auch vielleicht direkt Hunger und Not dazu kommen, wo das Kind in beständiger Furcht vor dem etwa trunksüchtigem Vater lebt und häufig von ihm misshandelt wird. Hier wird man sich resignieren müssen, da die Verhältnisse stärker sind, als wir; man wird sich aber nicht mehr wundern, dass die Kinderhysterie, vor allem die schwere und sehr frühzeitige, gerade unter diesen äusseren Umständen, mit einem Worte bei Armut und Elend besonders häufig ist.

In vielen Fällen werden also unsere prophylaktischen Bestrebungen zur Unterdrückung der Hysterie im Kindesalter fehlschlagen; in noch viel häufigeren werden sie überhaupt nicht zur Anwendung kommen können. Wir stehen dann also der ausgebildeten, manifesten Krankheit gegenüber und müssen sehen, was wir gegen sie ausrichten können. Bei den erwachsenen Hysterischen wird, wie die ganze Krankheit selbst, auch die Behandlung in 2 Unterabteilungen zerfallen; in die Behandlung der Hysterie im Allgemeinen, des état hysterique, und in die der einzelnen Krankheitssymptome, der Lähmungen, Anfälle etc. Wir haben nun oben gesehen, dass bei Kindern

die Unterscheidung dieser beiden Stadien dadurch meist wegfällt, dass in der Zeit ausserhalb der manifesten, oder besser gesagt drastischen Krankheitserscheinungen, überhaupt Zeichen der Hysterie sich nicht auffinden lassen, dass namentlich die sogenannten Stigmata, spez. die sensiblen und sensorischen Anästhesien hier in der Regel fehlen. In Folge dessen fällt auch bei den Kindern in diesen Zwischenzeiten die Notwendigkeit einer besonderen Behandlung fort, oder es könnte sich jedenfalls nur um dieselben Maßnahmen handeln, wie ich sie oben bei der Prophylaxe angegeben habe. Nur nach der Heilung manifester hysterischer Krankheitssymptome ist meist noch einige Zeit eine allgemeine Behandlung am Platze, über die unten näheres gesagt werden soll.

Nehmen wir also nun an, es handelt sich, womit wir praktisch jedenfalls am häufigsten zu tun haben, um eine solche manifeste Krankheitsäusserung der Hysteria infantilis, wie wir sie oben beschrieben, etwa um eine Lähmung, eine Kontraktur, eine Astasie-Abasie, eine Aphonie oder auch um in Anfällen auftretende Symptome, Krämpfe oder Chorea magna etc. Die richtige Art zu handeln, wird sich hier am einfachsten und zugleich am eindringlichsten ergeben, wenn wir uns einmal ansehen, wie in solchen Fällen der historische Verlauf der Dinge zu sein pflegt. Zuerst wird natürlich in solchen Fällen der praktische Arzt, meist der Hausarzt konsultiert. Nehmen wir ad 1 den Fall, dass er die Krankheitssymptome richtig als hysterische erkennt. In diesem Falle wird er natürlich unter günstigen Umständen im Stande sein, das betreffende Kind zu heilen, namentlich dann, wenn er schon den ersten Anfängen der Erkrankung entgegentritt — denn auch hier heisst es vor allen Dingen: „principiis obsta" — und die unten noch näher anzuführenden richtigen Mittel anwendet. Im Allgemeinen wird er aber auch bei dieser Sachlage — vollkommener Sachkenntnis und richtiger Diagnose des speziellen Falles — bei der Kinderhysterie einen schweren Stand haben. Die Gründe dafür sind oben schon bei der Prognose zum Teil gegeben. Im Allgemeinen besitzt der „Onkel Doktor", den das Kind von früh auf und im günstigsten Falle als guten und hilfreichen Freund kennt, der ihm deshalb etwas gewohntes

und Alltägliches ist, und den es gerade, wenn das gegenseitige Verhältnis ein richtiges ist, vor allem nicht fürchtet, nicht die nötige Autorität dem Kinde gegenüber, die gerade bei der Behandlung der Hysterie, bei der es vor allem auf die psychische Beeinflussung ankommt, von so grosser Wichtigkeit ist. Natürlich gibt es da Ausnahmen, ich selber kenne jetzt eine ganze Anzahl, wie ich oben schon zu meiner Freude erklären konnte, und diese Kollegen, bei denen sich also eine genaue Sachkenntnis mit der nötigen Autorität und Strenge auch in ihrer Hauspraxis verbindet, sind es natürlich, die auch den Fällen von Kinderhysterie gegenüber häufig und bald Erfolg haben. Aber die Ausnahmen bestätigen ja bekanntlich die Regel. Übrigens liegen die Gründe für die so häufigen Misserfolge unter diesen Umständen nicht allein, und garnicht mal in der Hauptsache in der Person des Arztes, sondern darin, dass in diesen Fällen das Kind in seinen gewohnten Verhältnissen bei seinen Eltern bleibt, und dass die von diesen, selbst nervösen Eltern für gewöhnlich schon ausgehenden schädlichen Einflüsse, sich noch ganz erheblich vermehren, wenn das Kind krank ist, namentlich wenn es, wie bei der Hysterie so häufig, sich um Krankheitszustände handelt, die die Eltern erschrecken und bei ihnen die schwersten Sorgen hervorrufen. Dann können sich die Eltern in Angst und Besorgnis, und in zärtlicher Liebe zu den vermutlich schwer kranken Kindern garnicht genug tun und sie schaden schon dadurch diesen Krankheitsfällen gegenüber ganz erheblich, wobei ich ganz absehe von denjenigen, auch nicht so seltenen Fällen, wo sie energischen Heilverfahren des Arztes direkt entgegentreten oder wenigstens seine Verordnungen nicht ausführen, wenn das Kind energisch widerstrebt. Und an diesem energischen Widerstreben lassen es die kleinen hysterischen Patienten meist nicht fehlen. Wer könnte auch von der Mutter eine ruhige Objektivität verlangen, wenn ihr Kind Krämpfe bekommt, oder die so drastischen Szenen der Chorea magna oder der Somnambulismus aufführt, oder nicht schlingen kann, oder alle Speisen wieder erbricht. Man kann schon ganz zufrieden sein, wenn die hysterische Mutter unter solchen Umständen nicht selbst schwere Anfälle bekommt. Alles das kann aber die Krankheit bei dem Kinde nur hart-

näckiger und ernster machen. Kurz und gut, der Hausarzt versucht unter solchen Umständen die ihm zu Gebote stehenden und richtigen Mittel, aber sie schlagen fehl; er versucht andere, sie nützen noch weniger. Überschaut er die Sachlage vollständig, so hält er sich, wenn der erste Versuch fehlgeschlagen ist, nicht allzulange bei anderen auf; er weiss, dass diese meist noch weniger helfen, und dass vergebliche Kurversuche die Prognose der Hysterie verschlechtern. Er gibt also bald den Rat, einen anderen, in diesen Dingen, wie er weiss, besonders erfahrenen Arzt zu konsultieren und vielleicht zugleich den — wie wir sehen werden, vollständig richtigen — Rat, diesem Arzte das Kind ganz zu überlassen, es in die klinische Abteilung oder in das Krankenhaus desselben zu überweisen. Aber selbst mit diesem durchaus richtigen Rate kann der Hausarzt noch Misserfolg haben und gerade der letzte Teil desselben, dessen Notwendigkeit die Eltern dem Hausarzte nicht ohne weiteres glauben und zu dem sie sich natürlich nur sehr schwer entschliessen — der Rat, das Kind in ein Krankenhaus zu bringen*), kann unter Umständen dazu führen, dass auch die Konsultation des Spezialarztes noch einige Zeit unterbleibt. Aber schliesslich — namentlich wenn auch von anderer Seite dazu geraten wird, entschliessen die Eltern sich dazu.

Schlimmer steht natürlich die Sache für das kranke Kind wenn der erste Arzt die hysterische Natur des Leidens nicht erkennt — ein Fall, der gerade bei der Kinderhysterie auch heute doch noch nicht allzuselten ist — aber schliesslich pflegt auch hier der Verlauf des einzelnen Falles derselbe zu sein, wenn die einzelnen Perioden sich wohl auch etwas länger hinziehen. Hier wird die übergrosse Ängstlichkeit der Eltern noch durch die aus der falschen Diagnose hervorgehende unnötige Sorge des Arztes verstärkt, und hier, namentlich in Fällen, wo wie so häufig, bei hysterischen Kontrakturen und Gelenkneuralgieen die falsche Diagnose eines chirurgischen Leidens gestellt wird, werden etwa durch Anlegung von Streck- oder Gypsverbänden, die hysterischen Krankheitszustände im

*) Aus denselben Gründen hat der Hausarzt meist auch mit dem Rate, das Kind zwar von ihm, aber im Krankenhaus behandeln zu lassen, wobei ja natürlich Heilungen leichter zu erreichen wären, keinen Erfolg.



hohen Grade hartnäckiger und widerstandsfähiger gemacht. So schleppt sich auch hier die Sache eine Zeit lang — meist etwas länger als wie bei von Anfang an richtiger Diagnose — hin aber am Ende entschliessen sich auch hier die Eltern, entweder auf Rat des Hausarztes oder hinter seinem Rücken — noch einen anderen Arzt zu konsultieren. Bis sie zum Nervenarzt kommen, zu dem sie ja in diesen Fällen nicht immer direkt geschickt werden, können sie aber noch manche Umwege machen; namentlich in den oben angedeuteten Fällen werden die Eltern sich natürlich zunächst meist an einen Chirurgen wenden. Wird an dieser Stelle die Natur des Leidens richtig erkannt oder auch nur vermutet, der Fall aber nicht geheilt, so treffen die Fälle dann schliesslich beim Professor oder beim Spezialarzte für Nervenkrankheiten ein.

Aus dieser allgemeinen Darstellung des Verlaufes der Kinderhysterie-Fälle in den ersten Perioden der Krankheit, die nicht etwa künstlich konstruiert, sondern aus einer grossen Anzahl wirklich erlebter Fälle abstrahiert ist — für jeden einzelnen Fall kann sie natürlich nicht passen — ergibt sich für den praktischen Arzt und spez. für den Hausarzt folgende Lehre: Die Kinderhysterie ist auch bei richtiger Diagnose von Anfang an und bei Anwendung richtiger Mittel für den Hausarzt der betreffenden Familie im Ganzen kein dankbares Objekt, nirgends vielleicht begegnen ihm Misserfolge häufiger wie hier. Er tut deshalb gut, wenn die ersten Maßnahmen fehlgeschlagen sind, die Behandlung mit anderen Mitteln nicht zu lange fortzusetzen, da diese wahrscheinlich auch fehlschlagen werden, und damit die Prognose des Falles im Ganzen sich verschlechtert. Am besten wird der Hausarzt fahren, wenn er möglichst früh die Konsultation eines Kollegen vorschlägt, zu dessen Kenntnissen und Spezialerfahrungen auf dem betreffenden Gebiete er volles Vertrauen hat — gut ist es, wenn der Ruf dieses Arztes und seiner Erfolge bei ähnlichen Leiden auch schon zu den Ohren der Eltern des kranken Kindes gedrungen ist. Vielleicht ist es besser, wie oben begründet, wenn der Hausarzt dem zu konsultierenden Arzte die Auseinandersetzung der nun zu ergreifenden Maßregeln — vor allem die etwa notwendige

Trennung der Eltern von dem Kinde überlässt — da gerade die Aussicht auf die letzterwähnte Maßregel die Eltern eventuell von der vorgeschlagenen Konsultation überhaupt zurückhalten kann. Und an dieser Stelle lauert dann immer der Kurpfuscher.

Ganz ungünstig liegt selbstverständlich für die Erfolge des ersten Arztes die Sache, wenn die Diagnose von diesen verfehlt wird. Hier lassen sich einzelne bestimmte Ratschläge natürlich nicht geben; — ich kann nur nochmals wiederholen, es ist gut, in allen irgend in Betracht kommenden Fällen auch bei Kindern an Hysterie zu denken und es ist heute von jedem Arzte klug gehandelt, wenn er, wo er selbst nicht ganz sicher ist, den Patienten, oder hier seinen Eltern möglichst frühzeitig rät, auch einmal einen anderen Arzt zu fragen. In den Verdacht, in ungerechtfertigter Weise pro domo zu reden oder in den der Überhebung werde ich mit diesen Ratschlägen nach meinen obigen und auch noch den folgenden Auseinandersetzungen ja wohl nicht kommen — ich könnte in diesem Falle ja auch genügende unantastbare Eideshelfer für die Richtigkeit derselben beibringen.

Ist also nun das hysterische Kind beim konsultierenden Arzte, etwa einem Spezialarzte für Nervenkrankheiten angelangt, der die richtige früher schon gestellte Diagnose bestätigt oder sie erst stellt, wenn sie früher nicht gemacht war: was muss nun weiter zur Heilung der kleinen Patienten geschehen? Die Antwort darauf muss mit aller Bestimmtheit lauten: In allen Fällen von Kinderhysterie, wo die Verhältnisse es irgendwie zulassen — und als einen Hinderungsgrund könnte ich mir einzig und allein eine Kombination von Hysterie mit einem schweren, wahrscheinlich in kurzer Zeit tötlich endigenden organischen Leiden denken (bei heilbaren körperlichen Leiden kann man deren Heilung, wenn sie sich nicht zu lange hinzieht, natürlich auch erst abwarten) — muss der Arzt vor allem darauf dringen, dass das Kind von seinen Eltern getrennt und in einem Krankenhause, natürlich am besten in einem Kinderkrankenhause

untergebracht wird. Es ist eines der grössten Verdienste des an Verdiensten so reichen Charcot, dass er die prinzipielle Bedeutung der Isolierung*) für die Hysterie und ganz besonders für die Kinderhysterie, in das hellste Licht gerückt hat und dass er von seiner weitragenden Stellung aus immer und immer wieder auf die Wichtigkeit dieser Maßnahme hingewiesen hat. Auch früher war wohl schon Manchem, der öfter mit der Hysterie zu tun hatte, die Notwendigkeit der Isolierung der Kranken klar geworden — durch Charcots nachdrückliche Hinweise ist aber erst diese Einsicht Gemeingut aller in diesen Dingen Erfahrener geworden. Trotzdem braucht man nicht zu glauben, dass dem konsultierten Spezialarzte die Durchführung dieser Maßregel, die er als für die Heilung des Kindes erste und wichtigste Forderung hinstellen muss, nun immer leicht gelingt. Auch hier noch sträuben sich die Eltern mit Hand und Fuss gegen eine der Trennung von ihrem Kinde — man muss immer im Auge behalten, wie oft in diesen Fällen auch die Eltern hysterisch sind — und manchmal gelingt es überhaupt nicht, sie umzustimmen. Ich selber habe es mehrfach erlebt, dass die Eltern von mir fortgingen, ohne den von mir gegebenen Rat der Unterbringung des Kindes im Krankenhause zu befolgen, dass sie dann wochenlang wegblieben und wahrscheinlich in dieser Zeit alle möglichen anderen Versuche, auch mit Hülfe nicht approbierter Heilkünstler machten, und erst dann, wenn nichts etwas half, mürbe genug geworden waren, um in die Trennung von ihrem Kinde zu willigen. Aber im Allgemeinen wird der konsultierte Arzt in dieser Beziehung doch leichteres Spiel haben, als vorher der Hausarzt. Die Eltern gehen zu ihm schon als zu einer besonderen Autorität, von der sie entweder durch ihren Arzt oder von anderen Patienten wissen, dass er in den betreffenden Dingen eine grosse Erfahrung und mannigfache Erfolge aufzuweisen hat, sie sind also schon dazu gestimmt, auch seinen Ratschlägen ein williges Ohr zu leihen; sind sie intelligent genug, so können sie auch aus der ganzen Art, wie der er-

*) Der Ausdruck Isolierung bedeutet hier nur: Trennung von den Angehörigen, nicht wie bei den Irrenärzten: Trennung auch von anderen Patienten, resp. Einsperrung.

fahrene Arzt die kleinen Patienten behandelt und wie er die Sache anfasst, schliessen, dass der Ruf des betreffenden Arztes in diesen Dingen kein unbegründeter ist; und das hebt ihr Vertrauen noch mehr; ferner wiederholt der Spezialarzt in einzelnen Fällen mit dem Rate der Isolierung nur einen Rat, der ihnen auch schon von anderer Seite gegeben ist; sind die Eltern mit dem Kinde von ausserhalb gekommen, haben eventuell eine grössere Reise gemacht, so scheuen sie sich dieselbe vielleicht zum 2. Male machen zu müssen, und meinen, wenn sie a gesagt, auch b sagen zu müssen. Mit einem Worte, sie entschliessen sich, das kranke Kind ganz und vollständig dem konsultierten Arzte anzuvertrauen — am leichtesten dann, wenn diesem Arzte selber ein Krankenhaus und speziell ein Kinderkrankenhaus zur Verfügung steht.

Derjenige von den Einwürfen der Eltern und speziell gut situierter Eltern gegen die Ausführung einer Isolierung der Kinder, dem am schwersten entgegenzutreten ist, ist folgender: „Warum, so sagen sie, können die vom Arzte für notwendig gehaltenen Maßregeln nicht ebenso gut und sogar besser bei uns im Hause ausgeführt werden? Wir können ja für unser Kind alles tun, wir können ihm einen besonderen Wärter halten, es in einem besonderen Zimmer unterbringen und die eigentliche Pflege können wir doch wohl besser und sorgsamer ausüben als das beste Krankenhaus!“ In den meisten Fällen, darin muss man Gilles de la Tourette zustimmen, wird es gut sein, in der Beantwortung dieser Frage nicht zu eingehend zu sein. Am besten ist es, man beruft sich einfach auf seine vielfältige Erfahrung, dass die Heilung ohne eine Isolierung nicht oder nur schwer gelingt, während sie bei Durchführung derselben meist leicht eintritt. Nur sehr intelligenten und sehr verständigen Eltern, und das letztere wenigstens sind die Eltern hysterischer Kinder meistens nicht, kann man in dieser Beziehung reinen Wein einschenken und ihnen die Wirkung der Isolierung so darstellen, wie wir sie selbst uns erklären. Dass die Hysterie der Kinder zu Hause nicht heilt, liegt meist nicht an mangelhafter, sondern im Gegenteil öfters an zu viel und namentlich an zu besorgter und ängstlicher Pflege. Merkt aber das Kind, dass die Eltern ängstlich sind, so wird es selber mit

ängstlich und verstärkt dadurch seine Leiden; oder da wo Neigung zur Täuschung besteht, macht es dem Kinde geradezu ein Vergnügen oder erscheint ihm zu mindesten interessant, durch häufige Wiederholung der die Eltern ängstigenden Symptome die Sorge dieser recht oft heraufzubeschwören. (Ich sage selbstverständlich nicht, dass diese Dinge dem Kinde alle vollkommen bewusst werden.) Alles das ist zu Hause nicht zu vermeiden, man kann in solchen Fällen von der Mutter nicht die nötige ruhige Objektivität verlangen. Ganz anders wird das sofort im Krankenhause. Ist der Arzt von der Richtigkeit seiner Diagnose überzeugt, und ist nebenbei auch das Personal in der richtigen Behandlung dieser Kranken geschult — dann sehen beide die Krankheitserscheinungen der Kinder mit voller Ruhe an — etwas schlimmes kann ja nicht passieren — und diese Ruhe teilt sich auch sofort dem Kinde mit. Noch wichtiger aber ist, dass das Kind von vornherein weiss, dass es im Krankenhause ganz in die Hand des Arztes gegeben ist, dass ihm zwar volle Heilung versprochen ist, dass aber, ehe diese erreicht ist, an eine Rückkehr nach Hause nicht zu denken ist; dass es nun nicht mehr möglich ist, gegen energische Maßregeln des Arztes die Hülfe der schwachen Eltern anzurufen, die ihm früher oft genug gegen die Verordnung des Arztes gewährt wurde. Oft genug sieht man auch im Krankenhause noch, dass die Kinder den Versuch machen, ob sie nicht auch hier vom Arzte ein kleines Konzessiönchen erreichen können; aber, wenn man nur die nötige Energie hat, merkt man meist, wie bald auch die Kinder einsehen, dass sie nichts erreichen und dass nur unbedingtes Fügen ihnen helfen kann. Rechnet man zu all diesen günstigen Umständen noch, dass der Arzt selber dem Kinde fremd ist, dass dieses nicht weiss, was es von ihm zu erwarten hat, dass es ihn also auch bis zu einem gewissen Grade fürchtet und auf der anderen Seite von seinen Eltern gehört hat, dass dieser Arzt gerade solche Kinder, wie es, immer geheilt hat; dann die ganz neue und fremde Umgebung, vielleicht sogar die Übersiedelung von der Einsamkeit des Landes in eine fremde, grosse Stadt, so wird man es wohl begreifen, dass mit der Durchführung einer Isolierung allein schon der Boden, auf dem man arbeiten will, die Psyche des

Kindes, in einer für die Ausrottung der krankhaften, die hysterischen Symptome bedingenden Vorstellungen, günstigsten Weise vorbereitet ist. Das sind im Allgemeinen die Gründe für die günstige Wirkung der Isolierung bei der Hysterie der Kinder und so würde ich sie etwa Eltern auseinandersetzen, die ich für diese Dinge verständig genug halte. Hinzufügen möchte ich nur noch, — und ich hoffe dadurch nicht in den Verdacht zu kommen pro domo zu reden, dass auf meiner Kinderabteilung bei der grossen Anzahl von Hysteriekranken, die uns in jedem Jahre durch die Finger gehen, sowohl unter den Assistenzärzten, wie unter den Krankenschwestern, welch letztere meist recht lange auf den Stationen verbleiben, eine sehr genaue Kenntnis von den psychischen Grundlagen und der ganzen Natur der Kinderhysterie sich ausgebildet hat, damit natürlich auch ein richtiges und geschicktes Verhalten diesen Kindern gegenüber, das die Maßnahmen des leitenden Arztes in jeder Weise unterstützt; diese Dinge pflanzen sich durch eine Art Tradition fort; es weht sozusagen bei uns eine antihysterische Luft, in der der „Hysteriebazillus“ sich nicht weiter entwickelt, sondern rasch abstirbt.

Schliesslich gilt es hier noch zwei praktisch sehr wichtige Fragen zu erledigen. Zunächst wird man gut tun, bei dem Anraten der Isolierung nicht soweit zu gehen, dass man ohne sie eine Heilung für unmöglich erklärt. Das ist sie natürlich nicht — ich habe oft genug Fälle heilen sehen, bei denen aus irgend welchen Gründen die Isolierung unterblieben war — manchmal erfolgt die Heilung sogar rasch, nachdem der Arzt den Rat der Isolierung gegeben hat, weil der kleine Patient sich fürchtet, ins Krankenhaus zu kommen.

Zweitens: man lässt sich am besten auf halbe Maßregeln gar nicht ein. Oft versuchen die Eltern auch dem Spezialarzt gegenüber, besonders wenn dieser am selben Orte wohnt, die Konzession zu erlangen, dass dieser das Kind im Elternhause selbst behandelt. Im Allgemeinen weise man das ab; man kann seinem Rufe sonst nur schaden; denn selbstverständlich

wird man unter diesen Umständen meist nicht mehr ausrichten, als der Hausarzt. Will oder muss man auf diese Konzession eingehen, so sage man wenigstens den Eltern, dass diese Behandlung nur ein Versuch sei, von dem man sich selbst wenig Erfolg verspreche.

Dass die Trennung der Eltern von dem Kinde objektiv keine Grausamkeit ist, wie die unvernünftigen Eltern oft meinen, sondern eine grosse Wohltat für das Kind, wird wohl ohne weiteres von meinen Lesern zugegeben werden. Aber auch subjektiv empfindet, wenigstens in einem Kinderkrankenhause, das Kind diese Maßnahmen sehr bald nicht mehr als eine harte, namentlich wenn es rasch geheilt wird. Kinder sind fast immer sehr bald an das Kinderspital gewöhnt und viele sind sogar sehr gern da. Die Trennung von den Angehörigen muss aber eine strenge sein. Besuche soll der Arzt erst erlauben, wenn er schon Erfolge errungen hat. Die Mitaufnahme Eines der Angehörigen oder auch nur eines dem Kinde bekannten Dienstboten zu besonderer Pflege desselben im Krankenhause muss unter allen Umständen vermieden werden. Auch der Briefwechsel zwischen Eltern und Kindern sollte verboten werden, oder wenigstens durch die Hände des Arztes gehen; ich habe es erlebt, und gerade dieses mir damals neue Erlebnis lässt mir diese Unterdrückung der Korrespondenz als wünschenswert erscheinen, dass ein hysterischer Knabe seine schwache Mutter solange mit Briefen über die Entsetzlichkeit seiner körperlichen und seelischen Qualen bombardierte, bis diese ihn ungeheilt wieder zurücknahm.

Damit wären wir also endlich soweit, das hysterische Kind im Krankenhause zu haben. Was soll nun weiter mit ihm, geschehen? Es gibt Fälle, wo die Isolierung allein alles tut, wo nach der Aufnahme im Krankenhause überhaupt Krankheitserscheinungen sich nicht mehr einstellen. Das sieht man ganz besonders bei den in Anfällen auftretenden Krankheitserscheinungen, speziell bei dem eigentlichen hysterischen Anfalle, dann bei Chorea magna und somnambulen Zuständen — aber auch bei anderen motorischen Reizzuständen, z. B. bei der hysterischen Chorea. Gerade in solchen Fällen hüte man sich übrigens, die Kinder allzufrüh zu entlassen. In den weitaus

meisten Fällen tritt aber dieser günstige Umstand nicht ein, die Krankheitssymptome bleiben im Krankenhause zunächst bestehen und erfordern zu ihrer Beseitigung eine besondere Behandlung. Da die hysterischen Erscheinungen alle psychisch bedingt sind, so können auch die Heilmittel im Grunde nur psychische, das heisst auf und durch die Psyche des Kindes wirkende sein. Das ist ein Fundamentalsatz, den man sich bei der Behandlung der hysterischen Krankheitssymptome immer vor Augen halten muss. Diese psychische Behandlung kann nun eine reine, wie Strümpell sagt, unmaskierte sein, und gerade im Kindesalter kann man aus Gründen, die oben bei der Prognose angeführt, diese Form sehr häufig mit Erfolg anwenden, oder aber eine indirekt psychische, d. h. man bedient sich allerlei unten noch näher zu erörternder Hilfsmittel, meist mechanischer Natur, aber in der bewussten Erkenntniss, dass auch diese nicht einfach physikalisch, sondern auf dem Umwege durch die Psyche des Kindes wirken. Ich habe mich gewöhnt, die Behandlungsmethoden der Kinderhysterie in zwei Untergruppen zu bringen, die wohl darin ihre Berechtigung haben, dass jede der beiden Methoden ihre ganz bestimmten Indikationen hat, und diese Einteilung hat auch den Beifall vieler anderer Fachgenossen gefunden. Ich spreche bei der Kinderhysterie von einer „Überrumpelungsmethode“ und von einer Methode der zweckbewussten Vernachlässigung, (Nichtbeachtung Fürstner). Die erste Methode ist die wirksamste und führt am raschesten zum Ziele — sie ist namentlich anzuwenden bei allen Formen von Lähmungen und Kontrakturen, bei Astasie-Abasie, Aphonie und Mutismus, sowie z. B. bei Gelenkneuralgieen. Hier heisst es, dem Kinde, wenn es eben ins Krankenhaus gekommen ist, wenn also alle die günstigen oben ausführlich erörterten Momente, die diese Überführung mit sich bringt, am stärksten wirken, gar keine Zeit mehr zu lassen, krank zu sein. Nicht nur, dass sofort mit der Behandlung begonnen werden muss, nein, diese muss auch, wenn irgend möglich, in derselben Sitzung bis zur vollen Heilung durchgeführt werden. Denn man halte sich stets vor Augen, dass Krankheitsreste, die man in der ersten Sitzung zurücklässt, nachher viel fester

sitzen, wenn sich das Kind von dem ersten Verblüffen und Erstaunen über die Maßnahmen und die raschen Erfolge des Arztes erholt hat, und manchmal garnicht zu beseitigen sind. Gerade hier ist auch das Sachverständnis des Assistenten und des Pflegepersonales von der grössten Wichtigkeit — sie können gewisse noch zurückgebliebene kleine Reste der Erkrankung in eigene Behandlung nehmen und dürfen nicht eher ruhen, als bis alles beseitigt ist. Ein Risiko besteht in diesem Falle dann nur darin, dass man nicht wissen kann, ob der Assistent denselben Einfluss auf das Kind hat, wie man selbst; wenn es also irgend möglich, bringe man selbst die Sache in einer Sitzung zu Ende. Ich habe oben in dem Falle von scheinbarer Tuberkulose der Wirbelsäule kurz ausgeführt, wie solche Fälle anzufassen sind. Für die Art und Weise, wie diese Behandlungsmethode nun im einzelnen Falle einzurichten ist, lassen sich natürlich allgemeine Maßregeln nicht geben. Hier heisst es „Praktica est multiplex“; hier heisst es natürlich auch möglichst zu individualisieren. Gerade diese Überrumpelungsmethode übrigens kann speziell dem wie ausgeführt so leicht psychisch zu beeinflussenden Kinde gegenüber meist eine reine, unmaskiert psychische sein und jedenfalls soll man es damit zunächst immer versuchen, da ich wenigstens den Eindruck habe, dass die auf diesem rein psychischen Wege erreichten Erfolge den Kindern noch mehr imponieren und darum fester halten, als die auf indirekte Weise erzielten. Im einzelnen kann man ungefähr folgendes anführen. Am häufigsten gelingt diese rein psychische Überrumpelung in den Fällen von Astasie-Abasie und es ist deshalb ein sehr günstiger Umstand, dass gerade diese Krankheitsform der Hysterie bei Kindern so oft vorkommt. Hier habe ich oft das „Stehe auf und wandle“ erreicht, indem ich die Kinder einfach aus dem Bette nahm, sie auf die Füsse stellte und ihnen nun befahl zu gehen. Manchmal musste ich diesen Befehl durch einen sanften Schlag auf die Nates unterstützen. In einem Falle von intermittierender Astasie-Abasie — ich führe den Fall nur deswegen an, weil er zeigen soll, dass man der Hysterie gegenüber erfinderisch sein muss — waren schon alle möglichen Methoden ohne Erfolg versucht und ich glaubte deshalb mit dem einfachen Befehle nichts mehr aus-

richten zu können. Ich hing das etwa 10jährige Mädchen in einen Suspensionsapparat und hatte mit den Assistenten verabredet, auf ein Zeichen das Kind rasch auf die Füsse fallen zu lassen. Als das geschah, stand das Kind natürlich und die Astasie war geheilt. Schwerer gelingt die rein psychische Überrumpelung bei den schlaffen Lähmungen — doch habe ich, wie auch oben angeführt, einige Male durch den einfachen Befehl „du kannst den Arm heben" Heilung erzielt. Hysterische Kontrakturen, auch solche mit Gelenkneuralgieen, versucht man zuerst mit Gewalt zu lösen — stellt z. B. das im Knie rechtwinklig gekrümmte Bein gerade, macht dann einige Bewegungen — stellt jetzt das Kind auf die Beine und macht mit ihm Gehversuche. Bei der hysterischen Aphonie macht man einige kleine Manipulationen am Kehlkopfe — und fordert dann das Kind energisch auf, erst einzelne Vokale — dan nimmer mehr zu sprechen — in einer kurzen Sitzung hat man so das Leiden oft vollständig geheilt. Gelingt die Phonation von Vokalen nicht gleich — so lässt man die Kinder zunächst laut husten, was sie meist können. Auch hysterischer Husten und hysterische Tachypnoe kann recht oft durch einfaches energisches Verbot heilen. Kommt man mit dieser unmaskierten psychischen Behandlung — die man, wie gesagt, in der mannigfaltigsten Weise modifizieren kann und muss — nicht schnell zum Ziele, so bedient man sich indirekt psychisch wirkender Maßnahmen. Von jeher haben für die Behandlung der Hysterie zwei solche Methoden einen berechtigten Kredit genossen — erstens die elektrische und zweitens die Wasserbehandlung, vor allem in der Form der kalten Douche. Wie schon hervorgehoben, wirken auch diese Methoden bei der Hysterie im allgemeinen nicht direkt physikalisch, sondern auf dem Umwege durch die Psyche; sieht man sich aber diese Wirkung näher an, so erkennt man, dass sie gerade bei diesen Heilmethoden eine sehr komplexe ist. Zunächst käme der rein suggestive Wert der beiden Maßnahmen in Betracht, der Glaube an ihre Heilkraft. Ich glaube nicht zu irren, wenn ich dieses Moment, das bei Erwachsenen sehr bedeutsam ist, bei Kindern ganz gering anschlage. Bei ihnen kommt als wichtigstes nach meiner Ansicht das zweite psychische Moment in Betracht — nämlich das, dass die beiden

Methoden den Kindern äusserst unangenehm und zum Teil direkt schmerzhaft sind. Die Kinder fürchten sich also davor und namentlich vor einer Wiederholung, und diese Furcht ist oft stark genug, die pathologischen, die Krankheit erhaltenden Vorstellungen und damit auch die daraus hervorgehenden Krankheitssymptome zu überwinden. Drittens kommt z. B. bei der elektrischen Behandlung der Lähmungen in Betracht, dass die Kranken sehen, dass die bis dahin wie leblosen Glieder sich wieder bewegen; oder bei der Kontraktur, dass ein starker elektrischer Strom sie zu lösen im Stande ist, und beides gelingt hinterher dann auch dem Willen des Kindes. Viertens, und das ist eigentlich keine rein psychische Wirkung mehr, erzeugen diese beiden Methoden oft reflektorisch — die elektrische Behandlung durch den Schmerz, den sie erzeugt — die kalte Douche durch den allgemeinen Hautreiz — Bewegungen, die früher nicht möglich waren und die nun wieder gemacht werden können — manchmal handelt es sich auch um einfache Fluchtbewegungen. So kann man z. B. bei der Aphonie und auch beim Mutismus direkt durch beide Methoden ein Schreien des Kindes hervorrufen — und dann ist die Aphonie natürlich geheilt; hysterisch gelähmte Kinder springen aus der Badewanne und laufen davon, wenn ihnen die kalte Douche appliziert wird, oder aber Kinder mit Blepharospasmus reissen die Augen auf, was die Augenärzte in diesen Fällen schon lange auch damit einfach erreichen, dass sie den Kopf des Kindes plötzlich in eine Waschschüssel stecken.

Über die spezielle Anwendung der elektrischen Methode brauche ich wohl nicht viel mehr zu sagen. Ich wende meist von vornherein sehr kräftige faradische Ströme an, oft den faradischen Pinsel. Der Ort, wo der Strom appliziert wird, ergibt sich ja aus den Symptomen von selbst. Die Douche soll kräftig und kalt sein — doch kann man allzugrosse Kälte vermeiden — im Sommer etwa 20 Grad, im Winter bis 30 Grad Celsius.

Für die Überrumpelungsmethode gilt das Wort Strümpells: „Bei der Hysterie“, — und ich möchte hinzufügen vor allem bei der Kinderhysterie — macht man entweder Wunderkuren oder gar keine Kuren.“

Erreicht man hier nicht sofort etwas und womöglich alles, so erreicht man gewöhnlich auch mit anderen Maßnahmen nichts mehr — man ist dann auch im Krankenhause in keiner Weise besser daran, als vorher der Hausarzt bei der Behandlung im Hause. Auch ist, was ich hier hervorheben möchte, die Überrumpelungsmethode grade bei Kindern, die an Gehorchen gewöhnt und leichter einzuschüchtern sind, besonders wirksam; bei Erwachsenen wird sie oft ihren Zweck verfehlen und ich möchte so weit gehen, sie hier nur unter ganz besonderen Umständen anzuraten; denn hat man sie einmal ohne Erfolg angewandt, so kann man sich dem betreffenden Krankheitsfalle gegenüber nur für bankerott erklären und wird sich ausserdem meist auch den Vorwurf einer rohen und rücksichtslosen Behandlung zuziehen. Aber auch bei Kindern passt diese Methode doch nur auf einen Teil der hysterischen Krankheitssymptome, vor allem auf alle diejenigen, die dauernd vorhanden sind und von diesen wieder speziell auf die Lähmungen und Kontrakturen. Bei den mehr anfallsweise auftretenden Symptomen — also den hysterischen Anfällen s. s., der Chorea magna, dem Somnambulismus und auch bei den meisten dauernden motorischen Reizerscheinungen der Hysterie überhaupt, so der Chorea, Myoclonie und wie sie alle heissen, ebenso auch bei den anfallsweise auftretenden Schmerzen, wende ich oft von vornherein eine Methode an, die zwar keine Wunderkuren erzielt, aber langsam und allmählich auch das Ziel der Heilung erreicht. Ich nenne diese Methode die zweckbewusste Vernachlässigung, Fürstner will lieber von Nichtbeachtung sprechen. Sind derartige Hysterische ins Krankenhaus aufgenommen und ist man fest von der hysterischen Natur der Symptome überzeugt, so bekümmert man sich um dieselben garnicht mehr oder möglichst wenig. Alle solche Kranke legt man zunächst ins Bett und in diesem können sich auch ihre Anfälle durchmachen, ohne dass man um dieselben zu viel Aufhebens macht. Auch hier kommt es natürlich sehr darauf an, dass auch das Pflegepersonal vollkommen sachverständig handelt — dass es vor allem bei den oft scheinbar schweren Krankheitssymptomen der Kinder nicht aufgeregt und ängstlich wird, denn dann ist das Spiel verloren. Der behandelnde Arzt tut in diesen Fällen manchmal gut, die

scheinbare Vernachlässigung recht weit zu treiben, das Kind oft tagelang scheinbar ganz zu übersehen. Dann sieht man oft, dass sich z. B. Anfälle im Krankenhause noch 1 bis 2 mal wiederholen, dann aber definitiv verschwinden — ebenso geschieht es mit Neuralgieen und den anderen erwähnten Symptomen. Man sieht nach dem, was ich weiter oben über die Schäden einer allzu ängstlichen und besorgten Pflege im Elternhause, über das dadurch bedingte, wie Fürstner sagt, zielbewusste, wenn auch instinktive Streben der Kinder nach Beachtung ihrer Krankheitserscheinungen gesagt habe, leicht ein, wie diese Vernachlässigung meist wirken wird. Werden die Symptome nicht mehr beachtet, so langweilen sie sich allmählich zu Tode; das Kind vergisst sie, wenn ich so sagen darf, ganz. Gerade von dieser Behandlungsmethode aber sieht man wohl ein, dass sie im Elternhause überhaupt nicht möglich ist — die Eltern führen sie nicht durch, und der Arzt, der hier so wie beschrieben handelt, und den die Eltern nicht verstehen, würde bald durch einen andern ersetzt werden. Ja selbst zur Durchführung der Methode im Krankenhause müssen die Eltern verständig sein und vor allen Dingen Geduld haben. Natürlich kann die „Vernachlässigung“ in jedem einzelnen Falle eine mehr weniger vollständige sein: namentlich sind dabei einige Wasserprozeduren wie Douche und auch Einpackungen nicht ausgeschlossen; seltener schon, etwa bei Neuralgieen, die Elektrizität — am besten wird man aber tun, zunächst womöglich garnichts anzuwenden.

In zweiter Linie kommt die „Nichtbeachtung“ in Betracht in den Fällen, wo die „Überrumpelungsmethode“ nicht zum Ziele geführt hat. Am ersten wirkt sie hier noch wenn man den Versuch der raschen Heilung bald aufgegeben hat und nicht zu viel verschiedenartige Versuche gemacht hat. Dann kann sie die Heilung in derselben Weise hervorrufen, wie wenn sie von Anfang an angewendet ist. Doch muss ich gestehen, dass ich im Allgemeinen mit dieser sekundären Anwendung der Vernachlässigungsmethode weniger erreicht habe — hat man einmal, wenn auch nur einen kurzen Rückzug vor der Hysterie ange-

treten, so gewinnt man die verlorene Position selten wieder.

Für die Bedeutung der Nichtbeachtung in positiver und negativer Richtung kann ich aus meiner Erfahrung ein gutes Beispiel anführen. Ich behandelte einen Knaben mit hysterischer Kontraktur des l. Fussgelenkes, entsprechender Anästhesie und l. Gesichtsfeldeinengung lange Zeit ohne jeden Erfolg elektrisch. Dann gab ich nach Rücksprache mit der Mutter jede Behandlung auf und die Kontraktur verschwand von selbst, als der Knabe der Mutter bei einem Umzuge helfen musste. Ich wusste von dieser Heilung nichts und hatte vor, den Knaben im ärztlichen Vereine vorzustellen und bestellte ihn deshalb zu mir. Schon in meinem Wartezimmer trat nun die Kontraktur wieder ein und war nach einer elektrischen Untersuchung der betreffenden Unterschenkelmuskeln wieder vollständig.*)

Während die Zweckmäßigkeit der zielbewussten Vernachlässigung bei entsprechenden Fällen von Hysterie sowohl im Kindes- als Erwachsenenalter wohl allseitig anerkannt ist, haben sich, wenn auch die meisten Autoren zugestimmt haben, doch einige Einwände gegen die Überrumpelungsmethode erhoben, und diese möchte ich hier ganz kurz zurückweisen. Der erste ist ein vom grünen Tische aus erhobener. Man hat gesagt, die Überrumpelungsmethode könnte unter Umständen bei dem Kinde Schrecken und Angst erzeugen und dadurch das Kind gefährlich beeinflussen, namentlich da hysterische Kinder so schon oft schreckhaft und ängstlich seien. Es ist nun gewiss zuzugeben, dass es bei dieser Methode ohne ein gewisses derbes Anfassen des kranken Kindes nicht immer abgeht; man muss seine Wachsuggestion manchmal in einem etwas drohenden Tone geben, auch einen kleinen Schlag muss, wie gesagt, das Kind manchmal in den Kauf nehmen, und die indirekt psychische Heilung mit dem von mir empfohlenen elektrischen Strome oder der kalten Douche wird manchmal dem kleinen Kranken einige Schmerzen oder wenigstens einiges Unbehagen erzeugen. Aber

*) Selbstnatürlich sind sowohl die Überrumpelungsmethode wie die der zweckbewussten Vernachlässigung auch früher schon vielfach von den Ärzten geübt, ehe sie von mir diese Taufnamen bekommen haben, die zu meiner Freude unter den Kollegen Anklang gefunden haben.

ich habe niemals gesehen, dass dem Kinde irgend etwas geschadet hat. Die Kinder haben mir, abgesehen von der Zeit während der Behandlung und in den ersten Tagen darnach, diese Maßnahmen auch nie verübelt und sind schliesslich recht froh und zufrieden gewesen, so rasch geheilt zu sein.

Der zweide Einwand gegen die Überrumpelungsmethode ist auf den ersten Blick einleuchtender. Man sagt mir: „Du heilst mit dieser Methode wohl das Symptom, aber nicht die Hysterie." Das ist zunächst richtig. Aber abgesehen davon, dass auch das schon ein mitzunehmender Erfolg wäre, da das betreffende Kind vor allem doch durch das manifeste Symptom geschädigt ist und von diesem befreit sein will, so habe ich ja wohl zur Genüge ausgeführt, dass gerade die rasche, vielleicht auch gerade die etwas rücksichtslose Ausrottung der ersten manifesten Symptome der Hysterie bei Kindern wenigstens sehr geeignet ist, auch die Krankheit „Hysterie" selbst in der Wurzel anzugreifen, und dass sie oft genügt, auch die hysterische Disposition für immer verschwinden zu lassen.

Es erübrigt noch über einige andere bei der Kinderhysterie in Betracht kommenden Heilmethoden und über die spezielle Behandlung einzelner Krankheitssymptome einige Worte zu sagen. Ich habe oben mehrfach der Besprechung bei der Überrumpelungsmethode die Wirkung der elektrischen und Kalt-Wasser-Behandlung hervorgehoben, dass ich dieselben zu einem nicht unwesentlichen Teile bedingt ansehe durch den Schmerz und die Furcht, die sie bei den Kindern erregen. Da liegt nun der Gedanke natürlich nahe: kann man nicht auch solche Schmerzmittel unmaskiert — in der Form körperlicher Züchtigungen — anwenden? und ich scheue mich nicht, ebenso wenig wie Strümpell, auf diese Frage näher einzugehen. Zunächst wenden wir ja bei Kindern die körperliche Züchtigung zur Erziehung mit gutem Erfolg an — sie hat ja keineswegs das Erniedrigende wie bei Erwachsenen — und wir müssen auch den Pflegerinnen kranker Kinder im Kinderspital selbstverständlich bis zu einem gewissen Grade das Züchtigungsrecht geben. Auch kann über die Berechtigung einer energischen Züchtigung von Seiten des Arztes, die zum Zwecke einer Heilung ausgeübt werden soll, kein Zweifel bestehen, wenn die Eltern dem

Arzte ausdrücklich die Erlaubnis zu einer solchen Behandlung gegeben haben. Schliesslich ist kein Zweifel daran, dass das Mittel oft ein sehr wirksames sein wird und ich selber kenne, aus der Praxis anderer Kollegen, z. B. Fälle von rascher Heilung hysterischer Lähmungen durch die Reitpeitsche. Dennoch kann ich ebenso wie Strümpell auch von der zielbewussten und überlegten Anwendung körperlicher Züchtigungen bei der Kinderhysterie nur abraten — dass wir uns zu solchen Maßnahmen nicht etwa im Affekt hinreissen lassen sollen, versteht sich von selbst. Erstens kann man manchen Eltern gegenüber garnicht um die Erlaubnis zur Züchtigung fragen, ohne diese sofort zu veranlassen, das Kind aus der Behandlung zu nehmen. Zweitens: ist die Erlaubnis gegeben, so sind die Eltern zwar sehr dankbar und ganz zufrieden, wenn die Sache gelingt; misslingt die Heilung aber, und das kann natürlich auch passieren, so sprechen sie nur von der Rohheit des Arztes. Schliesslich — ich wenigstens müsste mich zu einer solchen Handlung erst zwingen, sie würde mir widerwärtig sein, und so wird es heute wohl den meisten Ärzten gehen. Natürlich spreche ich dabei nicht von einem leichten Schlag auf die Nates oder nicht einmal von einer Ohrfeige, die beide zur Unterstützung der übrigen psychisch wirkenden Maßnahmen bei Kindern oft sehr wirkungsvoll sind, sondern von einer energischen körperlichen Züchtigung. Ich glaube, wir können im ganzen sehr zufrieden sein, dass wir in der Elektrizität und in dem kalten Wasser Mittel haben, die ähnliches, wie die Züchtigung, unter dem Deckmantel einer legitimen und auch sonst indizierten Heilmethode erreichen, und wir können uns auch in der Regel damit behelfen. Der Grausamkeit des Mittels wegen und auch aus Furcht vor der Hervorrufung entstellender Narben habe ich mich auch niemals zur Anwendung des Glüheisens bei Kinderhysterie entschliessen können, obgleich das Mittel besonders früher vielfach empfohlen wurde. Dagegen ist man natürlich vollkommen berechtigt, mit solchen Maßnahmen und etwa auch mit einer vorzunehmenden Operation zu drohen — doch muss ich gestehen, dass ich mit diesen Drohungen bei Kindern nie etwas erreicht habe. Ich habe sie allerdings nur angewandt in Fällen, wo ich schon vieles andere umsonst

probiert hatte — ich möchte sagen, um meinen Rückzug zu decken. Möglich auch, dass die Kinder mir anmerkten, dass es mir mit den Drohungen nicht ernst war. Übrigens habe ich oben schon erwähnt, dass manche hysterische Kinder sich kaum vor einer Operation fürchten, ja nach einer solchen drängen.

Bei Neuralgieen ist auch ein Versuch mit der natürlich rein psychisch wirkenden Metallotherapie zu machen; man legt an die schmerzende Stelle Kupfer-, Silber- oder auch Goldplatten. Auch die Anlegung eines Magneten kann man versuchen. In den meisten Fällen erreicht man mit diesen Methoden aber nicht viel — Transfert habe ich nie bei Kindern gesehen. Hysterische Anästhesien braucht man überhaupt nicht zu behandeln, meist weiss das Kind von ihnen garnichts; sind sie mit Lähmungen verbunden, so verschwinden sie nach Heilung dieser von selbst.

Man sollte meinen, dass gerade bei der Hysterie, deren sämtliche Symptome ja durch Vorstellungen bedingt sind, die hypnotische Behandlung die meisten Erfolge haben müsse, ja nach Charcots Schule, der ich übrigens hier nicht zustimme, sind überhaupt nur die Hysterischen hypnotisierbar. Erfahrungsgemäss trotzt aber wenigstens die Hysterie der Erwachsenen oft dem gewandtesten Hypnotiseur — ja oft wird nicht einmal die Hypnose selbst erreicht. Bei hysterischen Kindern habe ich selbst die Hypnose nie angewandt; ich bin in den meisten Fällen ohne sie ausgekommen und halte das jedenfalls für das wünschenswerteste. Ich habe zwar auch einige Fälle ungeheilt aus der Behandlung entlassen und in diesen Fällen würde es vielleicht gut gewesen sein, die Hypnose zu versuchen. Ich verwerfe auch keineswegs die Hypnose prinzipiell, wenigstens nicht die Methode von Nancy; — wenn ich sie auch selbst kaum ausübe; so empfehle ich in geeigneten Fällen doch die Behandlung durch einen in der Hysterie geübten Kollegen. Trotzdem glaube ich mit Strümpell, dass wir, gerade bei der Hysterie mit der Hypnose recht vorsichtig sein müssen; denn hier ist auch mit vorsichtigen Methoden unter Umständen ein erheblicher Schaden eine wesentliche Verschlimmerung oder eine direkte Auslösung

hysterischer Symptome zu fürchten. Ganz besonders gilt das für die Kinder. Vor allem aber — das wiederhole ich — bin ich speziell bei der Kinderhysterie bisher fast in allen Fällen ohne Hypnose ausgekommen und ich glaube, was ich oben schon gesagt habe, dass es stets besser ist, und dass auch die Heilung fester hält, wenn sie möglichst ohne jede besonderen Mittel, unmaskiert psychisch erreicht wird. Ich kann übrigens zu meiner Freude anführen, dass heute die meisten Ärzte, wenigstens unter den Neurologen, dieselbe Ansicht vertreten; auch die französischen Autoren glauben in diesen Fällen mehr und dauerhafteres durch eine Wachsuggestion (Persuasion) als durch eine hypnotische Suggestion zu erreichen.

Unter manchen Umständen erreicht man natürlich mit all diesen Versuchen und Heilmitteln nichts — auch nicht im Krankenhause. In diesen Fällen hat man die bestimmte Pflicht — ebenso und noch mehr wie der praktische Arzt — die Prognose des Falles nicht durch allzulange fortgesetzte Kurversuche zu verschlechtern. Man muss das Kind dann bald entlassen. Manchmal kann man es auch nach Hause senden, wenn die Eltern sich allmählich über die Art des Leidens soweit beruhigt haben, dass sie eventuell auch zu Hause die Methode der Nichtbeachtung fortsetzen. Meist aber muss man die Kranken zu einem Arzt senden, von dem man hofft, dass er mehr Glück mit der Behandlung hat.

Hat man das volle Vertrauen der Eltern, so wird man unter diesen Umständen und zu dieser Zeit auch wohl gefragt, was man zu einer Konsultation irgend eines Wunderdoktors meine. Nach dem, was wir über die Natur der Krankheit Hysterie und der bei ihr wirksamen Heilmittel wissen, ist es einleuchtend, dass hier natürlich auch jeder Kurpfuscher helfen kann, ja dass das Geheimnisvolle und Mystische, was mit solchen Konsultationen und Kuren unter Umständen verbunden ist, oft dem Schäfer oder Schmied eine Heilung ermöglicht, die der Arzt vergeblich versucht hat. G ä b e e s k e i n e H y s t e r i e, s o g ä b e e s a u c h k e i n e K u r p f u s c h e r, sagt S t r ü m p e l l, fügt aber mit Recht hinzu: würde die Hysterie nur immer von den Ärzten zur rechten Zeit erkannt, so könnte damit die Kurpfuscherei sehr wirksam eingedämmt werden.

6

Das sei wie es sei — halten wir die Heilung eines von uns und anderen Ärzten vergeblich behandelten hysterischen Symptomes durch einen Kurpfuscher für möglich — und das ist sie ja immer — so haben wir — da unsere erste Pflicht ist, dem Kranken zur Heilung zu verhelfen — jedenfalls nicht das Recht, ihm diesen Weg zur Heilung mit aller uns zu Gebote stehenden Gewalt zu verschliessen, vor allem, da solche Versuche bei der Hysterie ja meist nur dem Geldbeutel der Eltern schaden können. Das dringende Abraten ist in solchen Fällen auch unpolitisch, da meist die Eltern auch gegen den Rat des Arztes den Kurpfuscher konsultieren und dann, wenn er geholfen hat, dem Arzte das Abraten sehr übelnehmen. Ich rate deshalb bei der Hysterie selbstverständlich zwar nie zu einem Versuche mit der illegitimen Medizin — aber ich rate auch nicht unbedingt ab — und bei einigermaßen intelligenten Eltern suche ich zu erklären, weshalb ich einen Erfolg der Kurpfuscherei bei diesem Leiden für möglich halte, obgleich die Ärzte dem Kinde nicht geholfen hätten. Von Wert ist es auch, dass man, wenn man so verfährt, das Kind im Auge behalten und, sollte der Kurpfuscher wirklich schädliche Dinge anraten, diese verhindern kann.

Ebenso wie in diesem Falle würde ich mich der mir kundgegebenen Absicht gegenüber verhalten, die Heilung durch eine Wallfahrt nach einem wundertätigen Mutter-Gottesbilde, oder etwa nach dem heiligen Rocke in Trier zu erreichen. La foi qui guérit — der Glaube ist es der heilt, das gilt für alle therapeutischen Maßnahmen bei der Hysterie; und deshalb kann, wie wir übrigens aus Erfahrungen tatsächlich wissen, eine solche Wallfahrt bei dieser Krankheit sehr wirksam sein — man denke nur, welche gewaltigen psychischen Erregungen und Umstimmungen bei gläubigen Gemütern durch alles, was mit einer solchen Maßnahme zusammenhängt, hervorgerufen werden und wie günstig diese bei der Hysterie zu wirken pflegen. Ich würde also auch hier nie direkt abraten, ja mir persönlich würde eine solche Wallfahrt zu einem Heiligenbilde viel sympathischer sein, als die Konsultation eines Kurpfuschers; bin aber in meiner fast ganz protestantischen Gegend praktisch mit diesen Dingen noch nicht in Berührung gekommen.

Ich muss noch einige Worte hinzufügen über besondere Maßnahmen, die einzelne Symptome der Hysterie der Kinder manchmal erfordern. Wie oben angeführt, heilt man die hysterischen Anfälle der Kinder am besten dadurch, dass man möglichst wenig auf sie achtet. Doch können Einen dieselben manchmal veranlassen, aus dieser Reserve herauszutreten, wenn sie so stark werden, dass man erhebliche Beschädigungen des Kindes fürchtet, oder gar bei einer langen Dauer und fortwährenden Aufeinanderfolge der Anfälle Gefahren für das Leben eintreten. Allerdings ist letzteres schon bei Erwachsenen und noch viel mehr bei Kindern sehr selten. Man versuche zuerst, ob sich nicht durch Druck auf gewisse Punkte — z. B. die Unterleibsgegend oder die grossen Gelenke — die Krämpfe zum Aufhören bringen lassen. Das wird besonders oft gelingen, wenn man den Erfolg dieser Maßnahmen vorhersagt. Gelingt das aber nicht, so muss man in schweren Fällen zur Chloroformnarkose greifen.

Die Chloroformnarkose kann man auch zur Beseitigung von hysterischen Kontrakturen anwenden, spez. in solchen Fällen, wo man sich über ihre hysterische Natur der Kontrakturen nicht vollkommen sicher ist. So war es z. B. in einem oben erwähnten Falle, wo die hysterischen Kontrakturen nach Gelenkrheumatismus zurückgeblieben waren. Man überzeugt sich dann in der Narkose, dass die Gelenke nicht ankylotisch sind und stellt das Kind, noch ehe es ganz aus dem Chloroformrausch erwacht ist, auf die Beine, wenn diese der Sitz der Kontrakturen sind. Meist wird es dann gehen und wird die Kontraktur dauernd geheilt sein. Doch habe ich auch schon oben angeführt, dass diese Methode nicht immer gelingt, weil bei der Hysterie die Neigung zur Kontraktur so gross sein kann, dass sie schon vor vollständigem Erwachen aus der Narkose wieder eintritt — ja manchmal sich auch in der Narkose nicht vollkommen löst.

Beim hysterischen Stottern habe ich mehrmals mit Erfolg folgendes Verfahren eingeschlagen. Ich setzte je eine Elektrode auf jede Seite des Kehlkopfes, wie man es auch bei der Aphonie macht, und sandte starke faradische Ströme hindurch.

Nun liess ich während dieser Prozedur laut zählen oder ein Gedicht hersagen. Waren die Ströme stark genug, so hörte meist das Stottern auf. Doch habe ich gerade beim hysterischen Stottern oft längere Zeit elektrisieren müssen, ehe eine Heilung eintrat. Einmal habe ich diese auch durch die Methode der Nichtbeachtung erreicht. In einem Falle, wo ich allerdings nur poliklinisch behandeln konnte, konnte ich eine Heilung des Stotterns nicht erzielen.

Eine hartnäckige Schluckstörung der hysterischen Kinder heilt man am besten durch eine einmalige Einführung der Schlundsonde. Die Anorexie verliert sich oft sofort mit dem Eintritt der Kinder ins Krankenhaus. Oft erreicht man dadurch das Essen der Kinder, dass man ihnen die Speisen einfach hinstellt und sich entfernt — dann wird heimlich alles verzehrt. In hartnäckigen Fällen hilft oft eine einmalige energische Fütterung durch den Arzt selbst und jedenfalls immer eine Fütterung mit der Schlundsonde. Doch will ich hinzufügen, dass man, wenn die Kinder durch langdauernde Anorexie schon sehr heruntergekommen sind, zuerst mit der Diät etwas vorsichtig sein muss.

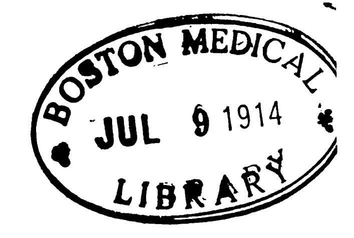
Bei epidemisch auftretender Hysterie ist eine strenge Trennung der erkrankten Kinder von einander nötig. Bei den oben erwähnten zwei Schwestern, die an Chorea magna litten, blieben die Anfälle der einen erst weg, als ich die Kinder in zwei von einander entfernte Krankenzimmer legte. Nachdem das geschehen, war aber eine besondere Behandlung nicht mehr nötig.

Es ist unter allen Umständen gut, die Kinder nach Heilung der manifesten hysterischen Symptome noch einige Wochen im Krankenhause zu behalten. Man vermindert dadurch die Gefahr von Rückfällen sehr erheblich. Erstens entzieht man die Kinder durch diese Maßnahme möglichst lange den meist schädlichen Einflüssen des Elternhauses und stärkt sie psychisch durch den Umgang mit recht vielen, nicht nervösen Kindern. Ferner wird man in dieser Zeit durch Fortsetzung der Wasserbehandlung, durch viel Aufenthalt im Freien, durch Turnen etc., die Kinder auch körperlich kräftigen — bei der meist

vorhandenen Bleichsucht ist auch die Anwendung von Eisen und einer möglichst reichlichen Ernährung zu dieser Zeit am Platze. Auch sonstige kleine körperliche Leiden können natürlich in dieser Zeit therapeutisch in Angriff genommen werden. *Verfährt man so, so wird man, wie ausgeführt, die Freude haben, dass viele dieser Kinder nicht nur nicht rückfällig werden, sondern dauernd von hysterischen Krankheitserscheinungen freibleiben, ja dass bei Vielen von ihnen die Neurose Hysterie an sich überhaupt vollständig unterdrückt wird. Wie gross allerdings der Prozentsatz dieser vollständigen und Dauerheilungen ist, darüber etwas Genaueres zu sagen, ist mir aus leicht begreiflichen Gründen natürlich unmöglich.*

Heynemann'sche Buchdruckerei, Gebr. Wolff, Halle a. S.

/no 7



Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes

von

Dr. med. Franz Windscheid,
Privatdozenten an der Universität Leipzig.

Halle a. S.,
Verlag von Karl Marhold.
1897.

Die Diagnose und Therapie des Kopfschmerzes.

Von

Dr. med. **Franz Windscheid**

Privatdozenten an der Universität Leipzig.

Der Kopfschmerz ist eines der vieldeutigsten Symptome nicht nur bei Erkrankungen des Nervensystems sondern in der ganzen Pathologie überhaupt: er kann ebenso gut mit Erkrankungen nervöser Apparate als z. B. auch mit Affektionen der Eingeweide oder des Blutes zusammenhängen. In den allerseltensten Fällen stellt der Kopfschmerz eine idiopathische Erscheinung dar, meistens ist er anderen Symptomen coordiniert, welche zusammen mit ihm von einem gemeinsamen Grundleiden abhängen. In dieser Mannigfaltigkeit des Auftretens liegt die Bedeutung der Diagnose des Kopfschmerzes sowohl als auch seiner Therapie und keine andere subjektive Klage der Patienten bedarf einer so eingehenden Untersuchung wie der Kopfschmerz, will man den richtigen Kurplan feststellen.

I. Die Diagnose.

Wenn ein Patient mit der Klage über Kopfschmerz zum Arzte kommt — und diese Klage ist eine sehr häufige — so hat der Arzt die Pflicht eine möglichst genaue Anamnese aufzunehmen und den ganzen Körper eingehend zu untersuchen. Nichts ist falscher als den über Kopfschmerz klagenden Patienten entweder überhaupt ohne oder nur nach einer flüchtigen Untersuchung einfach als Neurastheniker zu betrachten oder ihm einige der zahlreichen Antineuralgica zu verordnen. Leider erachten aber manche Ärzte den Kopfschmerz als einer genauen Beachtung nicht für nötig oder scheuen wegen eines oft so unscheinbaren Leidens die Mühe einer genauen Untersuchung.

Die Punkte, auf welche bei der Untersuchung eines an Kopfschmerz leidenden Patienten vor allem geachtet werden muss, sind ungefähr folgende:

Anamnese. Man frage nach der Heredität. Viele Arten von Kopfschmerzen sind erblich, speciell gilt dies von der Migräne. Es ist ferner zu ergründen, seit wann der Kopfschmerz besteht, ob er mit der frühen Jugend aufgetreten ist, ob er sich in der Pubertätszeit zuerst gezeigt hat. In Bezug auf früher durchgemachte Krankheiten muss namentlich Gewicht gelegt werden auf Infektionskrankheiten: Malaria, Syphilis, Typhus, Influenza. Bei Frauen muss auch nach zahlreichen, rasch auf einander gefolgten Entbindungen gefragt werden.

Gelegentlich wird man auch nach einem überstandenem Kopftrauma forschen müssen (Sturz, Schlag, Hieb auf den Schädel).

Sehr wichtig ist die Erforschung der persönlichen Verhältnisse des betreffenden: ob er eine Beschäftigung hat, welche zu Kopfschmerzen Veranlassung geben kann, z. B. den ganzen Tag im Zimmer sich aufhalten muss, vielleicht auch noch in ungenügend ventilitierten oder sehr heissen Räumlichkeiten, ob eine Gasflamme Abends sehr nahe über seinem Kopfe brennt u. s. w. Es muss ferner auf die Art der Beschäftigung Wert gelegt werden, wenn dieselbe vorwiegend eine geistige ist, wie z. B. bei Contoiristen, ob sie viel mit Zahlen und Rechnen zu thun haben, eine sehr verantwortliche Stelle einnehmen — Kassierer, Lotteriecollecteure u. s. w. — Es muss geachtet werden auf die Möglichkeit einer chronischen Vergiftung durch den Beruf, speciell auf Bleiintoxication bei Schriftsetzern, Lackierern. Dann muss gefragt werden nach eventuellen psychischen Erregungen, denen der Patient ausgesetzt ist: Ärger, Sorgen um das tägliche Brot, Unfrieden in der Familie —. Sehr oft wird erst allmählig das wachsende Vertrauen der Patienten zum Arzte diesen einen Einblick thun lassen in diese oft delikaten Verhältnisse und es ist Sache des Taktgefühls des Arztes sich diesen Einblick zu erringen.

Auch auf die Lebensweise muss Rücksicht genommen werden: ob der Patient unregelmässig lebt, spät schlafen geht, die Nächte durcharbeitet oder trotz anstrengender Tagesthätigkeit die Nächte in Vergnügungslokalen verbringt u. s. w. Eine sehr wichtige Frage ist die nach Excessen in Alkohol und besonders in Nikotin, speciell in Cigarettenrauchen, die viel gefährlicher werden können als Cigarren. Über das jedem zuträgliche Maas wird man, wenn man den Patienten nicht schon vorher genau gekannt hat, natürlich nichts positives sagen können, aber Excesse lassen sich doch herausfinden.

Auf die sexuellen Verhältnisse muss ebenfalls geachtet werden: Onanie, Abusus coitus und Coitus interruptus spielen manchmal keine so geringfügige Rolle in der Aetiologie des Kopfschmerzes.

Bei der Frage nach dem Kopfschmerz selbst hat man auf folgendes zu achten:

Sitz des Kopfschmerzes. Man frage bei der Klage über Kopfschmerz stets: wo thut der Kopf weh? und suche auf diese Weise zu erfahren, ob der Schmerz den ganzen Kopf einnimmt oder auf einzelne Teile desselben beschränkt ist: Scheitel, Hinterhaupt, Stirn, Schläfe, Augen oder ob nacheinander mehrere Stellen des Kopfes vom Schmerze befallen werden, z. B. Wandern desselben vom Hinterkopf bis in die Stirne, ob der Schmerz nur halbseitig ist oder auf beiden Kopfhälften empfunden wird.

Art des Schmerzes, ob bohrend, brennend, zuckend, reissend, ob nur das Gefühl eines allgemeinen Kopfdruckes besteht, ob die Stirne wie mit einem Reifen zusammengepresst erscheint oder ob auf dem Scheitel mit einem Bohrer in die Tiefe gebohrt würde.

Dauer des Schmerzes, ob nur momentan, in ganz kurzen oder in längeren Zwischenräumen auftretend, ob sich der Schmerz über Tage, Wochen und noch länger erstreckt, ob er zu bestimmten Zeiten z. B. Nachts, oder zu bestimmten Tagesstunden sich mit Vorliebe zeigt.

Veranlassende Momente, ob der Schmerz spontan entsteht oder bei verschiedenen Anlässen auftritt, z. B. durch Bücken, Niessen, Husten, Kauen, durch geistige Anstrengung vermehrt oder erst hervorgerufen wird. Bei Frauen ist nie die Frage zu unterlassen, ob vor, während oder unmittelbar nach der Menstruation sich eine Zunahme des Schmerzes zu zeigen pflegt.

Endlich muss nach den übrigen Funktionen des Körpers gefragt werde, die oft eine wichtige Rolle in der Ätiologie des Kopfschmerzes spielen: Sinnesorgane, Appetit, Verdauung, Schlaf, Gemütsstimmung, bei Frauen nach der Menstruation (Regelmässigkeit, Beschwerden bei derselben, Climakterium).

Status praesens. Die Aufnahme des Status bei einem an Kopfschmerz leidenden Patienten zerfällt in zwei Hauptteile:

1. Die Untersuchung des Nervensystems.
2. Die Untersuchung des übrigen Körpers.

1. Die Untersuchung des Nervensystems wird sich zunächst mit dem locus morbi, dem Kopfe selbst zu beschäftigen haben. An diesem wird die Form des Schädels festzustellen, auf Exostosen, Periostverdickungen und sonstige Difformitäten zu fahnden sein. Dann muss die Verschieblichkeit und Empfindlichkeit der Kopfschwarte geprüft werden. Auch auf die Haare muss Gewicht gelegt werden: Haarausfall oder Haarabnormitäten sind häufige Zeichen von Trigeminusneuralgieen. Die Nervenaustritte müssen einer eingehenden Untersuchung auf Druckempfindlichkeit unterzogen werden. Wichtig ist auch das Bepochen des Schädeldaches, ob dieses überhaupt empfindlich ist, und wenn, ob nur lokal an bestimmten Stellen oder diffus am ganzen Kopf. Unter Umständen ist auch zu erforschen, wie kleine Erschütterungen des Schädels, z. B. ein leichter Schlag mit der Faust auf den Scheitel auf den Patienten wirken.

Die Hirnnerven müssen selbstredend alle untersucht werden: man prüft die Beweglichkeit der bulbi, die Sensibilität des Gesichts und der Mundschleimhaut, lässt die

verschiedenen mimischen Bewegungen machen: Stirnrunzeln, Augenschluss, Nasenrümpfen, Verziehen des Mundes; man prüft die Beweglichkeit der Zunge, indem man dieselbe geradeaus, nach rechts und nach links bewegen lässt; schliesslich achtet man auf die normale Lage und Beweglichkeit der Rachenteile. Auch die Halswirbelsäule muss auf Beweglichkeit, Druckempfindlichkeit, eventuelle Auftreibungen untersucht werden.

Sehr wichtig ist die Prüfung der Sinnesorgane, speciell der Augen und Ohren. An den Augen muss geachtet werden auf die Pupillenweite und Reaktion, auf die Refraktion, die normale Funktion der Augenmuskeln und vor allem auch auf den Augenhintergrund, speciell auf beginnende oder ausgesprochene Stauungserscheinungen. Unter Umständen ist auch die Druckempfindlichkeit der bulbi zu prüfen. Am Ohr ist zu achten auf die Hörschärfe und den Spiegelbefund, ferner auf Katarrhe und Entzündungen, speciell Eiterungen, schliesslich auf die Gegend der processus mastoidei.

Die Nase muss auf ihre Durchgängigkeit untersucht werden, ferner auf etwa vorhandene Wucherungen, oder andere Verengerungen z. B. durch Knochenvorsprünge, Hypertrophie der Muscheln. Sehr genau ist zu achten auf die Nebenhöhlen: Stirnhöhle und antrum Highmori. Der Geschmack wird uns sehr selten eine Beziehung zu Kopfschmerzen darbieten.

Das übrige Nervensystem wird seltener den Gegenstand einer eingehenden Untersuchung bilden, doch wird man immer wenigstens auf die Reflexe achten, speciell die Kniereflexe prüfen, aus deren Beschaffenheit sich doch manchmal Schlüsse auf einen Allgemeinzustand ziehen lassen.

2. Die Untersuchung des übrigen Körpers bezieht sich auf die percussorische und auscultatorische Untersuchung der Brustorgane: an den Lungen ist zu achten auf Bronchitis und Emphysem, beim Herzen besonders auf Hypertrophie und Geräusche, Anomalieen der Herzthätigkeit. Auch auf den Zustand der peripherischen Arterien ist

Rücksicht zu nehmen, insbesondere auf die Arteriosklerose, oder abnorme Härte, wie z B. bei chronischer Bleivergiftung.

Die Unterleibsorgane bedürfen ebenfalls einer Untersuchung, die in nichts von der gewöhnlichen abweicht; hingewiesen sei nur auf die grosse Wichtigkeit der Untersuchung des Urins auf Eiweiss und Zucker, die in keinem Falle versäumt werden sollte.

Aus einer genauen Anamnese und einem genauen Status wird sich wohl meistens die richtige Diagnose stellen lassen, wenn es auch eine Reihe von Fällen geben wird, bei welchen man den Kopfschmerz einfach als Symptom betrachten muss, ohne im Stande zu sein sein Auftreten zu erklären.

Wodurch entsteht der Kopfschmerz überhaupt? Es ist als sicher anzunehmen, dass durch eine Affektion der Gehirnsubstanz selbst kein Kopfschmerz hervorgerufen werden kann, dass dieser vielmehr entsteht durch Erkrankung der Gehirnhäute primärer oder sekundärer Art, durch Erkrankung der Gehirnnerven — Trigeminus — der spinalen Nerven — occipitalis u. s. w. — der Schädelknochen, der Kopfschwarte und endlich erzeugt werden kann durch Cirkulationsstörungen in der Schädelhöhle und im Gehirn selbst. Alle diese pathologischen Zustände im Schädelinnern können auf sehr verschiedene Arten entstehen, nicht nur durch Erkrankungen des Gehirns, seiner Häute und der beide umgebenden Schädelkapsel, sondern auch indirekt veranlasst durch Erkrankungen anderer Organe, z. B. der Lungen, des Herzens, der Nieren.

Während aber die eben aufgezählten Schädlichkeiten mehr oder minder bedeutende anatomische Veränderungen darstellen, welche den Kopfschmerz hervorrufen, giebt es eine Anzahl von Kopfschmerzen bei denen eine anatomische Grundlage noch nicht nachgewiesen ist.

In einer Anzahl von Fällen muss der Kopfschmerz als ein toxischer aufgefasst werden: Vergiftung durch Alkohol, Nicotin, metallische Gifte u. s. w. oder er entsteht durch die Aufnahme toxischer Produkte ins Blut, welche

erst im Körper selbst gebildet werden, so bei Verdauungsstörungen, Magenaffektionen, bei Urämie, beim diabetischen Coma, schliesslich hervorgerufen durch Mikroorganismen (Influenza, Tuberkulose u. s. w.)

Dass reflektorisch durch Reizung sensibler Nerven an Körperstellen, welche unter Umständen entfernt vom Schädel liegen, Kopfschmerz erzeugt werden kann, ist eine Erfahrungsthatsache, wenn wir auch über das Zustandekommen dieser Art Kopfschmerz noch recht wenig wissen. In diese Kategorie gehört der Kopfschmerz durch Darmreizung, durchRefraktionsanomalieen, durch die physologischen und pathologischen Funktionen der weiblichen Genitalien u. s. w.

Bei einer Reihe von sogenannten funktionellen Neurosen, speciell der Neurasthenie und der Hysterie, ferner bei der Migräne stellt der Kopfschmerz ein so in den Vordergrund tretendes Symptom dar, dass man direkt von einem neurasthenischen, einem hysterischen, einem Migränekopfschmerz spricht. Hier wissen wir noch gar nichts über die Pathogenese des Schmerzes.

Eine besondere Art des Kopfschmerzes stellt die Neuralgie des Trigeminus und des plexus cervico-brachialis dar, ebenso der Rheumatismus der Kopfschwarte.

Endlich giebt es einen sogenannten habituellen Kopfschmerz, d. h. einen Schmerz, welcher ohne Grund und ohne dass die objektive Untersuchung des Organismus irgend welche Anomalieen nachzuweisen im Stande wäre, auftritt und die Patienten oft das ganze Leben lang nicht mehr verlässt.

Nach den einzelnen Organerkrankungen geordnet erhält man folgende Tabelle über die verschiedenen Arten des Kopfschmerzes:

I. Erkrankungen des Nervensystems.

1. Neurasthenie.
3. Hysterie.
2. Meningitis purulenta und tuberculosa.
4. Pachymeningitis hämorrhagica interna und cervicalis hypertrophica.

5. Hydrocephalus.
6. Gehirntumoren.
7. Cirkulationsstörungen im Gehirn: Hyperaemie und Anaemie, Arteriosklerose.
8. Der neuralgische Kopfschmerz:
   A. Neuralgia Trigemini.
   B. Neuralgia cervico-brachialis.
9. Migräne.
10. Traumatischer Kopfschmerz.
11. Der sogenannte habituelle Kopfschmerz.

II Erkrankungen der Sinnesorgane.
III. Erkrankungen des Verdauungstraktus.
IV. Erkrankungen der Nieren.
V. Konstitutionskrankheiten.
1. Anaemie.
2. Chlorose.
3. Diabetes.
4. Leukaemie.

VI. Vergiftungen.
VII. Infektionskrankheiten.
VIII. Rheumatismus der Kopfschwarte.

Auf den folgenden Seiten sollen die Kopfschmerzen, welche bei diesen einzelnen Arten von Erkrankungen auftreten, näher geschildert und besonders ihre Differentialdiagnose gewürdigt werden.

I. Erkrankungen des Nervensystems.

1. Neurasthenie. Der neurasthenische Kopfschmerz ist ein Hauptsymptom dieser Krankheit, speziell der sogenannten cerebralen Form. Seine Eigentümlichkeit besteht darin, dass er meistens weniger als Schmerz, sondern mehr als nicht näher zu bezeichnende Empfindung angegeben wird, vor allem als Druck oder Schwere. „Der Kopf ist immer wie eingenommen, er ist nie frei", so sagen die Kranken gewöhnlich von sich selbst. Es besteht das Gefühl, als ob ein Reifen um die Stirne gelegt sei, als ob der Kopf mit einem eisernen Helm zusammengepresst würde — Charcot

spricht direkt von einem „neurasthenischem Helm, casque neurasthénique“ — als ob ein Bleigewicht am Kopf hänge. Sehr oft empfinden die Kranken ein Drängen von innen, sie geben das Gefühl an, „als ob alles zu den Augen herauswollte“, als ob ihnen der Kopf auseinandergerissen würde.

Neben diesen Druckgefühlen bestehen auch Gefühle von Klopfen, von Sausen und Schwirren im Kopf. Sehr häufig sind ferner Parästhesien der Kopfhaut: auf derselben wird Jucken empfunden, oder ein Wogen, fast immer besteht „Haarweh“, die Kranken fühlen jedes einzelne Haar, Ziehen an den Haaren wird sehr schmerzhaft empfunden. Die oben beschriebenen Empfindungen können entweder im ganzen Kopf vorhanden sein oder werden auf einzelne Stellen lokalisiert. Die Lieblingsstellen sind die Stirne, dann die Schläfen, die Gegend unmittelbar über den Augen und vor allem der Hinterkopf und Nacken. Sehr oft wird ein Wandern nach verschiedenen Stellen angegeben.

Der neurasthenische Kopfschmerz ist meistens dauernd vorhanden. In der Regel wachen die Kranken schon mit ihm auf, in einzelnen Fällen wird er dann nach dem Frühstücke etwas besser, um im Laufe des Vormittags wieder von neuem aufzutreten. Sehr bezeichnend für ihn ist, dass jede, auch nur die kleinste geistige Anstrengung ihn vermehrt, oft genügt schon das Lesen einer Zeitung oder z. B. bei Geschäftsleuten befindet sich der Patient früh morgens ganz wohl, er geht munter ins Geschäft und schon nach Erledigung einiger kleinen schriftlichen Arbeiten ist der Kopfdruck wieder vorhanden. Der Schlaf wird bei der Neurasthenie durch Kopfschmerz fast niemals gestört. Dagegen wirken sehr heftig psychische Erregungen ein. Jeder kleine Aerger, wie er bei der so sehr reizbaren Stimmung der Neurastheniker so oft vorkommt, genügt, um den nur wenig oder gar nicht vorhandenen Kopfschmerz auf das heftigste anzufachen.

Ferner ist charakteristisch für den neurasthenischen Kopfdruck die Neigung zu hypochondrischen Ideen, die aus ihm abgeleitet werden. Der fortwährende Druck führt zu

Gedanken an unheilbare Gehirnleiden, an beginnende Geisteskrankheit. Hingegen verschwindet der Kopfdruck sehr leicht bei entsprechender psychischer Ablenkung. Ein interessantes Gespräch kann den Patienten den Kopfschmerz vollkommen vergessen machen.

Objektiv wird man bei dem neurasthenischen Kopfschmerz meistens gar nichts finden. Es besteht höchstens eine geringe Empfindlichkeit auf Druck oder Bepochen auf dem Schädel, die aber niemals auf bestimmte Lokalitäten beschränkt ist, sondern den ganzen Schädel betrifft. Die Nervenaustritte sind auf Druck nicht empfindlich.

Wie der neurasthenische Kopfschmerz entsteht, ist noch nicht sicher erklärt. Es handelt sich jedenfalls um sehr flüchtige Veränderungen in den nervösen Apparaten, ohne dass materielle Substrate durch unsere Hülfsmittel nachgewiesen werden können. Ganz gewiss spielen bei der leichten vasomotorischen Erregbarkeit der Neurastheniker auch Cirkulationsstörungen eine gewisse Rolle. In einer anderen Reihe von Fällen muss auch das der Neurasthenie zu Grunde liegende Leiden, vor allem die Anaemie zur Erklärung des Kopfschmerzes herbeigezogen werden.

2. Hysterie. Zum Bilde der Hysterie gehört der Kopfschmerz weit weniger wie zum Bilde der Neurasthenie. Tritt er bei Hysterischen auf, so ist er nur in seltenen Fällen auf den ganzen Kopf beschränkt und wird dann ebenso wie bei der Neurasthenie mehr als Kopfdruck beschrieben, meistens ist er lokalisiert auf einzelne umschriebene Stellen. Der Typus des hysterischen Kopfschmerzes ist der sogenannte Clavus hystericus, der hysterische Nagel: die Kranken klagen über eine vielleicht markstückgrosse Stelle vorwiegend auf der Scheitelhöhe oder am Hinterkopf als den Sitz eines unerträglichen bohrenden Schmerzes, sie haben das Gefühl, als ob fortwährend ein spitzer Nagel in den Schädel hineingetrieben würde, daher der ganz gut gewählte Name. Der Schmerz wird ebenfalls wie bei der Neurasthenie durch psychische Erregungen vermehrt und verstärkt sich fast immer während der Menstruation.

Relativ häufig sind bei der Hysterie die Parästhesieen der Kopfhaut, das Gefühl des Brennens und Prickelns der Kopfschwarte, das Gefühl des Wehthuns der Haare. Dabei findet sich häufig im Gegensatze zu dieser subjektiven Hyperästhesie eine objektiv nachweisbare Anästhesie der Kopfhaut, speziell auf nur eine Seite beschränkt. Ferner kann sich der hysterische Kopfschmerz in die Gestalt von Neuralgieen kleiden, d. h. von Schmerzanfällen die auf das Gebiet eines bestimmten Nerven, am Kopf auf den Trigeminus oder den Occipitalis beschränkt sind. Es handelt sich hier wahrscheinlich nur um Pseudoneuralgieen, welche allerdings schwer von echten Neuralgieen zu unterscheiden sind, am ersten noch durch ihre gute Beeinflussbarkeit durch jede Vorstellung die auf den Schmerz wirkt, entsprechend der Aetiologie der Hysterie durch Vorstellungen überhaupt. Wenn sich neben diesen Neuralgieen noch andere objektive hysterische Symptome — Anästhesieen, Reflexstörungen u. s. w. — finden, dann thut man gut, die Schmerzen als hysterische Pseudoneuralgieen zu betrachten.

Der hysterische Kopfschmerz gehört, wie die hysterischen Schmerzen an anderen Stellen des Körpers, in das Gebiet der Vorstellungsanomalien, es handelt sich um Schmerzhallucinationen, sehr oft um eine Schmerzperception an einem peripheren Körperteile veranlasst durch eine centrale Schmerzätiologie, eine Vorstellung. Nicht erklärt ist allerdings die so häufige Lokalisation des Schmerzes gerade auf dem Scheitel als clavus.

3. Meningitis. Sowohl bei der eitrigen als auch bei der tuberkulösen Meningitis — die cerebro-spinale Meningitis wird bei den Infektionskrankheiten besprochen werden — bildet der Kopfschmerz eines der frühesten und daher wichtigsten Symptome. Er nimmt gerade bei dieser Krankheit die allerheftigsten Grade an, so dass bei noch klarem Bewusstsein der Kopfschmerz oft die einzigste Klage der Patienten bildet, während bei benommenem Sensorium sich die Kranken unbewusst fortwährend an den Kopf greifen und dadurch den Kopfschmerz dokumentieren. Der Sitz des

Kopfschmerzes ist bei der eitrigen Meningitis gewöhnlich die Stirn und das Hinterhaupt, bei der tuberkulösen Form vorwiegend der Hinterkopf und der Nacken. Erklärt wird der heftige Kopfschmerz sowohl durch eine Kompression der Duralnerven durch das Exsudat als auch durch die sekundären Gehirnveränderungen — entzündliches Oedem, Flüssigkeitsansammlung in den Ventrikeln.

Die Diagnose der Meningitis darf selbstredend erst aus der Verbindung des Kopfschmerzes mit anderen Symptomen — Benommenheit, Konvulsionen, Paresen, cerebrale Symptome — gestellt werden.

4. Die Pachymeningitis hämorrhagica interna, das Hämatom der Dura mater, leitet sich zwar auch fast immer mit den Schmerzen ein, dieselben haben aber keine besonders spezifische Art und können daher nicht zur Diagnose wesentlich verwendet werden.

Ebenso wenig haben die Kopfschmerzen bei der Pachymeningitis cervicalis hypertrophica etwas charakteristisches. Sie sitzen nur im Nacken und Hinterkopf und sind bedingt durch die Kompression der hinteren Wurzeln in Folge der Verdickung der Dura mater. Die Schmerzen treten nur im ersten Stadium der Krankheit auf, um dann gegenüber den Erscheinungen an den oberen Extremitäten ganz zu verschwinden.

5. Der Hydrocephalus ist ebenfalls sehr oft mit starken Kopfschmerzen verbunden, welche keinerlei charakteristische Eigentümlichkeiten besitzen und daher zur Diagnose nicht verwendet werden können.

Bei dem Hydrocephalus congenitus der Kinder wird man wegen des Mangels subjektiver Klagen über etwa vorhandenen Kopfschmerz keine sichere Auskunft erhalten; bei dem Hydrocephalus aquisitus kann der Kopfschmerz eine grosse Rolle unter den subjektiven Klagen spielen, wenn man auch nicht aus ihm allein die Diagnose des Hydrocephalus stellen darf. Er wird vielmehr in Verbindung mit den anderen Symptomen — Schwindel, Erbrechen, Konvulsionen, Lähmungserscheinungen, ja sogar unter Umständen

Stauungspapille auf die Möglichkeit eines Gehirntumors hinweisen.

Gehirntumoren. Der Kopfschmerz ist bei Gehirntumoren ein so häufiges Vorkommnis, dass sein Fehlen beim Vorhandensein anderer für einen Tumor cerebri sprechender Symptome doch diese Diagnose zum mindesten sehr fraglich erscheinen lässt. Der Schmerz nimmt gerade bei Gehirntumoren einen ganz exorbitant heftigen Charakter an. Er verlässt den Kranken fast niemals, er ist auch Nachts vorhanden und stört den Schlaf, er wird durch Bewegungen und Erschütterungen des Körpers vermehrt und nimmt durch jede Hyperämie des Gehirns wie sie bei der Anwendung der Bauchpresse, beim Defäcieren, Niessen, Husten u. s. w. erfolgt, an Intensität zu.

Der Sitz des Schmerzes ist entweder ein allgemeiner am ganzen Schädel — dies ist der häufigste Fall — oder er beschränkt sich auf besondere Lokalitäten, wie Stirn, Scheitel oder Hinterkopf. Ausserdem kommen Kombinationen beider Erscheinungen vor: der Schmerz ist an einer bestimmten Stelle, z. B. im Hinterkopf lokalisiert und ausserdem besteht im ganzen Kopf ein Gefühl des Drucks und der Schwere.

Für die Lokaldiagnose des Tumors kann der Kopfschmerz nicht sicher verwendet werden. Man kann nicht sagen, dass der unterhalb der schmerzenden Stelle am Schädel gelegene Gehirnteil auch Sitz des Tumors sein müsse. Es giebt Tumoren des Kleinhirns, welche vorzugsweise Stirnkopfschmerzen hervorrufen. Nur wenn ein Schmerz sich ganz konstant und sehr hartnäckig auf die Hinterhauptsgegend koncentriert, kann man daraus den Gedanken an einen Kleinhirntumor ableiten. Einige Autoren haben auch aus dem Sitz des Kopfschmerzes an lokalisierten Stellen die Diagnose eines Rindentumors an dieser Stelle gestellt, indessen muss dies mit Vorsicht aufgenommen werden.

Auch die Empfindlichkeit des Schädels darf nicht als Lokaldiagnose gebraucht werden. Meistens ist der ganze

Schädel auf Druck und Bepochen empfindlich, in einer kleinen Anzahl von Fällen nur wird man eine umschriebene Druckempfindlichkeit nachweisen können. Hier muss man aber immer auch an lokale Processe an den Meningen oder am Knochen denken, ausserdem ist dann die Möglichkeit eines Gehirnabscesses an dieser Stelle zu erwägen.

Aus den Kopfschmerzen allein darf selbstredend die Diagnose des Gehirntumors nicht gestellt werden. Dieselbe wird aber sehr wahrscheinlich, wenn sich zu dem Kopfschmerz noch hinzugesellen Schwindel und Erbrechen und die Untersuchung des Augenhintergrundes eine Stauungspapille ergiebt. Jedenfalls muss ein Kopfschmerz, der in hoher Intensität längere Zeit anhält und allen Behandlungsmethoden trotzt, immer den Gedanken an einen Gehirntumor wachrufen, zumal der Kopfschmerz eins der Frühsymptome dieses Leidens sein kann und sich findet ehe noch andere Symptome aufgetreten sind. Das maasgebende wird hier immer die Konstatierung der Stauungspapille sein. Absolut sicher ist freilich die Vereinigung von Kopfschmerz und Stauungspapille für einen Gehirntumor auch noch nicht, denn diese beiden Symptome kommen auch vor bei Chlorose, Nephritis, bei chronischer Bleiintoxikation und sogar bei multipler Neuritis. Immerhin aber wird die Diagnose eines Gehirntumors durch diese Kombination sehr wahrscheinlich.

7. Cirkulationsstörungen im Gehirn — Hyperämia und Anämia cerebri. Die Diagnose der Hyperämia cerebri ist eine unsichere. Man kann im Allgemeinen sagen, dass eine abnorme Blutfüllung des Gehirns Kopfschmerz hervorrufen kann, wahrscheinlich rein mechanisch bedingt durch Nervenzerrung oder Kompression, darf aber niemals aus den Kopfschmerzen allein die Diagnose der Hyperämia cerebri machen. Einigermassen charakteristisch für die durch eine Congestion zum Gehirn hervorgerufenen Kopfschmerzen ist, dass dieselben meistens durch alle die Blutzufuhr zum Gehirn begünstigenden Momente vermehrt werden, also durch Bücken, Niessen, Husten, die Anwendung der Bauchpresse beim Defäcieren und

Urinieren u. s. w. ferner bei Tieflage des Kopfes. Der Sitz dieser Schmerzen ist meistens der ganze Kopf.

Die Hyperämie des Gehirns kann eine aktive und eine passive sein.

Die aktive Hyperämie kann als ein selbständiger Zustand vorhanden sein und wird von den Patienten meist als Wallung bezeichnet: die Kranken fühlen wie ihnen das Blut zu Kopf steigt, wie der Kopf und das Gesicht heiss werden, die Karotiden anfangen zu pulsieren und der ganze Kopf der Sitz eines dumpfen Schmerzes wird, der oft so heftig wird, dass der ganze Kopf zu zerspringen droht. Dabei bestehen oft allgemeine Angstzustände und Beklemmung. Objektiv findet man die Haut des Gesichts stark gerötet und heiss, die Conjunctiven blutreich, den Puls beschleunigt oft sieht man ein deutliches Pulsieren der Temporalarterien. Solche Anfälle können unter dem Einflusse grosser psychischer Erregung, wie Angst, Freude auftreten, durch Vergiftung mit Alkohol oder Nikotin, Amylnitrit, Chloroform hervorgerufen werden, nach einer reichlichen Nahrungsaufnahme entstehen, mitunter auch sich an sexuelle Excesse anschliessen. Ausserdem sind sie eine häufige nervöse Erscheinung während des Klimakteriums, schliesslich kommen sie bei nervös leicht erregbaren Menschen oft durch ganz geringfügige Ursachen veranlasst war.

Neben dieser akuten Hyperämie finden sich auch andere langsamer einsetzende Formen. Speciell dem neurasthenischen Kopfschmerz liegt vielleicht manchmal eine Hyperämie des Gehirns zu Grunde, wahrscheinlich auch dem Stirnkopfschmerz nach geistiger Überanstrengung, nach grosser körperlicher Übermüdung, Nachtwachen u. s. w.

Die passive oder Stauungshyperämie tritt vor allem im Gefolge von Erkrankungen des Herzens und der Lungen auf. Es kommen in Frage besonders Herzfehler im inkompensierten Stadium, von Seiten der Lungen besonders das Emphysem. Die Symptome der passiven Hyperämie bestehen ebenfalls in dumpfen Kopfschmerzen im ganzen Schädel, aber ohne dass man wie bei der aktiven Hyperämie objektiv

die Druckerhöhung im Schädelinnern nachweisen könnte. Der Kopfschmerz ist fast dauernd, er tritt nicht in Anfällen auf und wird oft durch die Erhöhungen des Blutdrucks aus den oben angeführten Gründen nur vorübergehend gesteigert.

Die Diagnose dieser passiven Hyperämie darf nur bei dem Vorhandensein einer veranlassenden Ursache d. h. Erkrankungen des Circulations- oder Respirationsapparates gestellt werden.

Noch weniger sicher wie die Diagnose der Hyperämia cerebri ist die Diagnose der Anämia cerebri. Die Anämie des Gehirns kann bedingt sein durch grosse Blutverluste, durch ungenügende Blutversorgung des Gehirns infolge Erkrankung des Cirkulationsapparates speciell des Herzens, durch mangelhafte Nahrungsaufnahme und schliesslich durch Erkrankungen des Bluts. Letzterer Punkt wird bei den Konstitutionskrankheiten besprochen werden. Die durch eine der übrigen genannten Punkte herbeigeführte Gehirnanämie hat Kopfschmerz nur als wenig ausgeprägtes Symptom, er ist zwar beständig vorhanden, nimmt den ganzen Kopf ein, erreicht aber keine hohen Intensitätsgrade und darf jedenfalls als einziges Symptom nicht zur Diagnose der Gehirnanämie benutzt werden. Bei akuten Anämieen kann man manchmal einen Fingerzeig für die Diagnose daraus ableiten, dass der Kopfschmerz bei Rückenlage und Tieflage des Kopfes besser wird.

Ebenfalls durch Cirkulationsstörungen im Gehirn zu erklären sind die Kopfschmerzen bei Arteriosklerose, welche immer mit Schwindel verbunden sind. Die Diagnose kann nur aus einem Rückschluss gestellt werden, den man aus der Arteriosklerose der zugängigen peripherischen Arterien auf den Zustand der Gehirnarterien machen kann. Die Schmerzen nehmen auch immer den ganzen Kopf ein, werden ebenfalls durch Erhöhung des Blutdrucks vermehrt und haben eine besondere Bedeutung als Vorlaufserscheinungen eines apoplektischen Insults, der sich dann durch geeignete diätetische Massregeln sehr oft aufhalten oder vermeiden lässt.

8. Der neuralgische Kopfschmerz. Unter einer Neuralgie versteht man einen Schmerz, welcher nur auf einen bestimmten Nerven beschränkt ist, in einzelnen Anfällen auftritt und von einer Reihe sekundärer Störungen der Motilität, der Sensibilität, der Sekretion, der Ernährung u. s. w. begleitet ist. Ferner finden sich meistens im Verlaufe des erkrankten Nerven sogenannte Druckpunkte, welche auf Druck sehr empfindlich sind und von denen aus sogar durch Druck in einer anfallsfreien Zeit neue Anfälle ausgelöst werden können. Sie finden sich immer an den Stellen, an welchen man den Nerven auf eine feste Unterlage, Knochen, Fascie, Sehnen, comprimieren kann. Für den Kopfschmerz kommen als Nerven, welche neuralgisch erkranken können, in Betracht der Trigeminus und der plexus cervicalis in seinen 4 oberen Zweigen.

A. Die Neuralgie des Trigeminus.
(Prosopalgie, Fothergill'scher Gesichtsschmerz, Tic douloureux.)

Die Neuralgie des Trigeminus ist eine der häufigsten und eine der schwersten Formen der Neuralgie überhaupt. Ihre Häufigkeit erklärt sich aus dem sehr grossen Verbreitungsbezirke des Trigeminus sowie aus den innigen Beziehungen, welche dieser Nerv zu Knochen, Gehirn, Mund-, Nasen-, Rachenhöhle, den Sinnesorganen und verschiedenen Drüsen besitzt, so dass durch Erkrankungeu dieser Teile auch Neuralgieen des Nerven hervorgerufen werden können. Ferner ist der Trigeminus durch die exponierte Lage mehrerer Äste Traumata und Erkältungen sehr ausgesetzt.

Aetiologie. Eine der gewöhnlichsten Entstehungsarten der Trigeminusneuralgie ist die Erkältung in Folge einer direkten Beeinflussung des — oft vorher erhitzten — Gesichts durch einen Luftzug, oder durch allgemeine Erkältungen wie Durchnässungen, Schlafen auf feuchtem Boden u. s. w. Von direkten Aetiologien sind auch zu erwähnen die Malaria, welche mit Vorliebe als Nachkrankheit eine Trigeminusneuralgie hervorruft; ferner vor allem Er-

krankungen am Schädel, speciell Affektionen des Periosts, wodurch eine Reizung oder Kompression des den betreffenden Knochenkanal durchziehenden Trigeminusastes hervorgerufen wird. Weiter kommen in Betracht Schwellungen der Nasenschleimhaut, Katarrh des sinus frontalis und der Highmorshöhle (s. o.). Die Entstehung durch Traumata ist zweifelhaft, sicherer ist die Möglichkeit durch Fremdkörper, wie Knochensplitter, Kugeln u. s. w. die im Verlaufe des Nerven stecken geblieben sind. Sehr wichtig ist das Verhalten der Zähne: Caries, Zahnexostosen, falsche Stellung der Zähne können Trigeminusneuralgieen hervorrufen. Geschwülste der Schädelbasis, der Dura mater können ebenfalls zu Neuralgie Veranlassung geben. Eine weitere Art von Neuralgieen des Trigeminus wird schliesslich reflektorisch hervorgerufen: hier kommen in Betracht vor allem funktionelle Störungen und dadurch bedingte Überanstrengungen der Augen. Auf die Wichtigkeit dieses Punktes möchte ich ganz besonders hinweisen, da sehr oft schwere Trigeminusneuralgieen durch Verordnung einer passenden Brille Seitens des Augenarztes geheilt worden sind. Zu den reflektorisch hervorgerufenen Formen gehören die durch Obstipation bedingten, ebenfalls sehr häufig, dann die durch Würmer entstandenen, obwohl dieselben schon etwas skeptisch aufgefasst werden müssen und die fraglichen Formen in Folge von Erkrankungen der weiblichen Genitalien oder in Anschluss an physiologische Funktionen derselben wie Menstruation, Gravidität, Climacterium.

Endlich muss erwähnt werden, dass man leider in einer grossen Anzahl von Trigeminusneuralgieen keine der angeführten Aetiologieen findet und dieselben daher als idiopathische bezeichnen muss. In wie weit die vielbesprochene neuropathische Konstitution bei der Entstehung der Trigeminusneuralgie mitwirkt, mag dahin gestellt bleiben.

S y m p t o m a t o l o g i e. Wie bei allen Neuralgieen ist auch bei der Trigeminusneuralgie das Hauptsymptom der Schmerz. Dieser ist einer der heftigsten der Neuralgien im besonderen und der ganzen Pathologie

überhaupt und findet nur noch sein Analogon in den visceralen Schmerzen wie Gallen- und Nierensteinkoliken. Er kündigt sich sehr oft durch Vorboten an, wie Spannungen in der Gesichtshaut, Formikationen in derselben, mitunter geht dem Anfalle eine auch objektiv nachweisbare Rötung oder Blässe der betreffenden Gesichtshälfte voraus. Zur Auslösung eines Anfalls genügen oft die geringsten Ursachen: ein leiser Luftzug, der das Gesicht trifft, die Kälte oder Wärme der Speisen, sehr oft das Kauen, so dass die Kranken lieber Tage lang hungern, die Bewegungen der Gesichtsmuskeln beim Sprechen, Lachen, Niessen, mitunter schon ein lauter Schall oder ein grelles Licht.

Während des Anfalls treten häufig sekundäre Reizerscheinungen auf. Von sensiblen Symptomen ist namentlich die Irradiation des Schmerzes zu erwähnen, der gleichzeitig im Nacken, in der Schulter, ja sogar in den Armen mit empfunden werden kann. Häufig ist eine Hyperästhesie von Auge und Ohr, welche sich in Flimmern, Lichtscheu und Funkensehen sowie in Ohrensausen zeigt. Fast nie fehlen Sekretionsstörungen. Beim 1. Ast bestehen dieselben in Thränenabsonderung, beim 2. in profuser Nasensekretion, beim 3. in Speichelfluss. Als motorische Begleiterscheinungen sind zu erwähnen die Zuckungen in den Mund- und anderen Gesichtsmuskeln während des Anfalls. Trophische Störungen finden sich in Form von bedeutender Gefässerweiterung der betreffenden Gesichtshälfte während des Anfalls; speciell am Auge kann es infolge einer starken serösen Durchtränkung zu richtiger Chemosis kommen. Ferner findet sich mitunter ein Herpes entlang dem befallenen Nerven besonders gerne am supraorbitalis, der unter Umständen auf Cornea und Conjunctiva übergreifen und hier schwere Zerstörungen veranlassen kann. Als dauernde trophische Störung muss der Haarausfall bezeichnet werden, der so oft bei den an Trigeminusneuralgieen leidenden Leuten beobachtet wird.

Der einzelne Anfall ist von verschieden langer Dauer. Im allgemeinen kann man sagen, dass die Dauer im um-

gekehrten Verhältnisse zur Intensität steht: die heftigsten Anfälle dauern zum Glück auch am kürzesten. Der Schmerz ist wie erwähnt ein ganz immenser: die Kranken werfen sich oft fassungslos auf die Erde, sind unfähig irgend etwas zu thun oder zu denken. Sie suchen meistens rein mechanisch durch Anpressen des Taschentuchs an die Gesichtshälfte oder Reiben derselben den Schmerz zu übertäuben, so dass man schon aus dieser rein automatischen Bewegung die Diagnose der Trigeminusneuralgie stellen kann. Die Pausen zwischen den einzelnen Anfällen sind auch verschieden lang. Es giebt neben Formen, in denen täglich 20 und mehrere kurze aber intensive Anfälle eintreten, solche, in denen der einzelne Anfall milder ist, aber stundenlang dauern kann, ohne die betreffenden sonderlich in ihrer gewohnten Beschäftigung zu stören.

Entsprechend der Verästelung des Trigeminus werden wir auch zwischen 3 besonderen Formen der Trigeminusneuralgie unterscheiden können:

Neuralgie des 1. Asts: N. ophthalmica
„ „ 2. „ N. supramaxillaris
„ „ 3. „ N. inframaxillaris s. mandibularis.

Daneben kommen auch Kombinationen des 1. Asts mit dem 3. oder des 2. mit dem 1. vor, schliesslich giebt es — wenn auch selten — Formen, in denen alle 3 Äste zusammen befallen werden. Die Regel ist aber die Neuralgie eines einzelnen Astes. Am häufigsten ist entschieden der 1. Ast ergriffen.

1. Neuralgia ophthalmica. Sie hat ihren Sitz in folgenden Nerven und deren Verbreitungsbezirken:

A. N. supraorbitalis: Stirn bis zum Scheitel, Nasenwurzel, oberes Augenlid.
B. N. ethmoidalis: Nasenhöhle.
C. N. n. ciliares: im bulbus.

Sehr konstante Druckpunkte finden sich:
am n. supraorbitalis bei seinem Austritte aus dem foramen supraorbitale.

am n. ethmoidalis, da wo der Nerv den Nasenknorpel durchbricht,

ferner am inneren Augenwinkel und öfters am tuber parietale des Stirnbeins.

Bei der Ciliarneuralgie ist mitunter auch der ganze bulbus auf Druck sehr empfindlich.

2. Neuralgia supramaxillaris. Sie hat ihren Sitz in folgenden Nervenästen:

N. infraorbitalis: unterhalb des untern Augenlids

N. zygomaticus

a) n. zygomaticus-temporalis

b) n. zygomatico-facialis

d. h. auf der Wange zwischen Jochbein und Unterkiefer.

N. n. alveolares superiores: in der oberen Zahnreihe,

N. n. spheno-palatini: in der Nasenhöhle und am Gaumen.

Selten werden alle diese Äste zusammen befallen, meistens erkranken nur einzelne Zweige. Am seltensten ist die Neuralgie der nn. spheno-palatini, weil diese in einem relativ weitem Knochenkanale verlaufen und deshalb vor Schädlichkeiten durch Erkrankungen des Knochens und seiner Umgebung mehr geschützt sind. Am häufigsten ist die Neuralgia infraorbitalis.

Hauptdruckpunkte sind die Austrittsstelle des n. infraorbitalis an dem foramen gleichen Namens am unteren Augenlide, dann ein sogenannter Malarpunkt am Austritte des n. zygomatico-temporalis am hervorragendsten Punkte des Jochbeins.

Eine besondere Form der Neuralg. supramaxillaris findet man bei alten Leuten, welche ihre Zähne aus dem Oberkiefer verloren haben in Form von heftigen Schmerzanfällen in den leeren Alveolen. Sie werden wahrscheinlich hervorgerufen durch Ablagerung von Knochensubstanz in den Alveolen, welche dann auf die Nervenendigungen komprimierend einwirkt und so die Neuralgie hervorruft. Nach Resektion der Alveolarfortsätze verschwindet die Neuralgie prompt.

Neuralgia inframaxillaris s. mandibularis. In Betracht kommen folgende Zweige:

N. alveolaris inferior: in der Unterkiefergegend, der unteren Zahnreihe und am Kinn, hier speciell vom n. mentalis ausgehend.

N. lingualis: Zunge und Schleimhaut der Mundhöhle,

N. buccinatorius und n. communicans faciei: Wange,

N. auriculo-temporalis: Schläfe, vorderer Teil der Ohrmuschel und äusserer Gehörgang.

Bei dieser Neuralgie ist meistens der ganze Ast Sitz des Schmerzes, eine Verteilung auf einzelne Zweige kommt seltener vor.

Druckpunkte finden sich am foramen mentale, wo der Nerv gleichen Namens aus dem Kanale des Unterkiefers hervortritt, dann am Ohr, wo der n. auriculo-temporalis sich über das Jochbein hinwegzieht.

Die Diagnose der Trigeminusneuralgie wird in ausgesprochenen Fällen auf keine Schwierigkeiten stossen, wenn man sich an die anfallsweise auftretenden Schmerzen und deren genaue Lokalisation auf die erwähnten Gebiete hält. Verwechslungen können vorkommen mit folgenden Krankheiten:

1. mit Zahnschmerz. Diese sind meistens auf einen oder mehrere Zähne beschränkt, die gewöhnlich auf Berührung sehr empfindlich sind und eine lokale Affektion, Caries oder Pulpitis nachweisen lassen. Bei der Neuralgia alveolaris superior und inferior sitzen die Schmerzen im ganzen Ober- resp. Unterkiefer, die einzelnen Zähne sind bei Berührung unempfindlich.

2. mit Entzündungen der Knochen und ihres Periosts und mit Entzündungen der Oberkiefer- und Stirnhöhlen. Bei allen diesen Processen finden sich meistens lokale auf Druck sehr empfindliche Anschwellungen, die sich von Neuralgiedruckpunkten durch ihre grössere Ausbreitung unterscheiden. Ausserdem kann man durch die elektrische Durchleuchtung die pathologische Anfüllung der Oberkiefer- und Stirnhöhlen nachweisen.

3. mit Migräne. Der Migränekopfschmerz ist verbunden mit Übelkeit oder Erbrechen und begleitet von Augenerscheinungen ganz bestimmter Natur. S. im übrigen Migräne.

4. mit Glaucom. Es bezieht sich dies auf die Neuralgia ciliaris, welche dem Glaucomanfall täuschend ähnlich sehen kann. Beim Glaucom findet sich indessen immer die pathologische durch die Palpation nachweisbare Drucksteigerung des bulbus, dieser selbst ist auf Druck nicht empfindlich wie bei der Neuralgia ciliaris uud ophthalmoskopisch lassen sich die bekannten Glaucomveränderungen vor allem die glaucomatöse Excavation nachweisen, daneben auch die Einschränkung des Gesichtsfeldes.

5. mit bestimmten Formen hysterischer Kopfschmerzen. Es handelt sich namentlich um die Neuralgie supraorbitalis, welche mit dem Clavus der hysterischen verwechselt werden kann. Dieser Clavus ist ein genau auf den Scheitel beschränkter Schmerz, welcher dem Gebiete des n. supraorbitalis entspricht, und als bohrend, als ob ein Nagel in den Kopf getrieben würde, geschildert wird, s. Hysterie. Er ist aber nur auf eine höchstens thalergrosse Stelle des Scheitels beschränkt, tritt nie in Anfällen auf, sondern ist immer dauernd vorhanden und von sonstigen objektiven hysterischen Zeichen, wie Ovarie, Anästhesien u. s. w. begleitet.

B. Die Neuralgia cervico-occipitalis.

Diese Neuralgie hat ihren Sitz im Gebiete der 4 oberen Halsnerven und zwar speciell folgender Zweige:

1. N. occipitalis major, der zwischen processus mastoideus und dem 2. Halswirbel unter die Haut tritt und sich am Hinterhaupte bis zum Scheitel ausbreitet.

2. N. occipitalis minor, seitlich vom occipitalis major zwischen diesem und dem Ohr.

3. N. auricularis magnus, verästelt sich in der hinteren Fläche der Ohrmuschel, über der Parotis und in der Haut oberhalb des processus mastoideus.

4. N. subcutaneus colli inferior, in der vorderen Halsregion bis zur Unterkinngegend.

5. N. n. supraclaviculares, verbreiten sich in der Schlüsselbeingegend, der oberen Brustregion und auf der unteren Hälfte des Nackens.

Die Neuralgia cervico-occipitalis ist selten in allen diesen Zweigen vorhanden, sondern befällt dieselben meistens einzeln. Die am häufigsten vorkommende Form, die zugleich als Typus der ganzen Neuralgia cervico-occipitalis dienen mag, ist die Neuralgie des n. occipitalis major, welche daher etwas näher beschrieben werden soll.

Diese Neuralgie hat zunächst die Eigentümlichkeit, dass sie sehr oft doppelseitig ist, eine Thatsache, die man bei Neuralgieen sonst sehr selten findet. Sie entsteht oft durch Erkältung, z. B. nach dem Schneiden der Haare. Sehr wichtig ist sie in ihrer Bedeutung als Frühsymptom einer Caries der Halswirbelsäule oder eines Tumors derselben. Man darf daher die genaue Untersuchung der Halswirbelsäule auf Druckempfindlichkeit oder Bewegungsstörung bei dieser Neuralgie nie unterlassen.

Die Schmerzen erstrecken sich auf das bereits bezeichnete Nervengebiet und ziehen daher meistens vom Nacken aufwärts bis zum Scheitel. Sie können oft durch einfache Drehung des Kopfes ausgelöst oder verschlimmert werden, weswegen die betreffenden Patienten meist den Kopf ängstlich mit der Hand stützen oder den Nacken steif tragen um eine Bewegung des Kopfes und damit einen neuen Schmerzanfall zu vermeiden.

Sehr oft strahlen die Schmerzen aus: entweder in die Arme oder noch häufiger in das Gebiet des ersten Trigeminusastes, also in den supraorbitalis, der ja auf der Scheitelhöhe an den occipitalis major angrenzt. Es besteht dann ein ununterbrochen vom Nacken bis an das Auge reichender Schmerz.

Die Neuralgia occipitalis hat einen sehr konstanten Druckpunkt an der Stelle, wo der Nerv in die Haut des Nackens eintritt: man findet denselben, wenn man eine

Linie zieht zwischen dem processus mastoideus und dem Dornfortsatze des 7 Halswirbels und diese Linie ungefähr halbiert. Andere angegebene Druckpunkte sind sehr inkonstant. Sensibilitätsstörungen zeigen sich meistens in Form von Schmerzen an den Haaren in der Hinterhauptsgegend, die schon auf blosse Berührung ausserordentlich empfindlich sind.

Der Verlauf der Neuralgia occipitalis ist meistens ein viel milderer wie der der Neuralgia trigemini. Die Schmerzen sind lange nicht so intensiv wie bei dieser Form, dauern aber dagegen auch gewöhnlich länger.

Die Differentialdiagnose hat nur zu unterscheiden zwischen der rheumatischen Torticollis. Auch bei dieser Krankheit bestehen Schmerzen im Nacken, welche aber dort in den Muskeln sitzen, auch bei dieser Krankheit wird der Kopf steif getragen um die Schmerzen zu vermeiden. Bei der Torticollis sind aber die Nackenmuskeln auf Druck sehr empfindlich und noch mehr, wenn man den Versuch macht, passiv den Kopf zu drehen — alles das fällt bei der Neuralgia occipitalis fort.

9. Die Migräne zeichnet sich durch einen meist einseitigen Kopfschmerz aus, wenn auch gar nicht so selten derselbe auf beiden Kopfhälften empfunden wird. Er sitzt vorwiegend über dem Auge oder in der Schläfe, kann aber bei sehr heftigen Anfällen das ganze Gesicht herunter ziehen. Die Intensität des Schmerzes ist immer eine sehr hohe, er wird beschrieben als ein in der Tiefe des Kopfes empfundenes Bohren und Brennen, er wird verschlimmert durch geistige und körperliche Anstrengungen, Bücken, Erschütterungen des Körpers jeder Art.

Der Migränekopfschmerz ist immer verbunden mit anderen der Migräne eigentümlichen Erscheinungen: starker Störung des Allgemeinbefindens, Magenstörungen von leichter Übelkeit bis zu heftigem Erbrechen, Flimmererscheinungen vor den Augen, Lichtscheu. Er kommt genau wie eine Neuralgie des Trigeminus in einzelnen Anfällen, die sich aber neben dem Kopfschmerz durch eine oder mehrere der

ebengenannten für die Migräne charakteristischen Begleiterscheinungen auszeichnen. Darin liegt auch die Diagnose der Migräne begründet. Nicht jede „Hemikranie“ ist eine Migräne, zu dieser gehören neben dem Kopfschmerz noch die genannten Symptome, vor allem Magenerscheinungen und die verhältnismässig in den Vordergrund tretende Störung des Allgemeinbefindens.

10. Der traumatische Kopfschmerz. Jedes den Schädel treffende Trauma kann Kopfschmerzen hervorrufen durch Läsion der Nerven auf der Kopfhaut. Der Schmerz wird je nach der Intensität des Traumas ein mehr oder minder heftiger sein, unter Umständen sehr bald wieder verschwinden oder einige Tage lang fortbestehen, um dann ganz wieder zu vergehen. Es kann ferner auch ohne äussere Wunde nur durch die Gewalt des Traumas ein Kopfschmerz hervorgerufen werden, welcher als Folge der Commotio cerebri betrachtet werden muss. Auch dieser wird in den meisten Fällen nach einer gewissen Zeit wieder verschwinden. Er braucht sich nicht streng an den Ort des Traumas zu binden, sondern kann unter Umständen den ganzen Kopf einnehmen. Wenn aber nach einer Schädelläsion lange Zeit nach dem Trauma und nachdem die eventuell vorhanden gewesene äussere Wunde längst wieder geheilt ist, doch noch andauernde Kopfschmerzen bestehen, so handelt es sich entweder um eine anatomische Veränderung am Schädelknochen, an den Gehirnhäuten oder im Gehirn selbst, welche sich im Anschluss an das Trauma entwickelt hat oder es besteht eine funktionelle Erkrankung des Gehirns, eine sogenannte traumatische Neurose

In Bezug auf die erste Möglichkeit, die anatomische Veränderung, ist zu erwähnen, dass sich an ein einfaches Trauma des Schädels oft schwere sekundäre Veränderungen entwickeln können. Es kann durch eine Einknickung des Schädelknochens ein Druck ausgeübt werden, es können Knochensplitter losgelöst worden sein und eine Kompression ausüben, es kann sich um eine Hämorrhagie der Dura mit Kompression der Meningen oder um eine Blutung in der

Gehirnsubstanz handeln, es kann durch eine infektiöse Entzündung von einer Wunde der Kopfhaut aus eine lokale Meningitis entstanden sein, sehr häufig finden sich auch als direkte Folgen des Tumors Adhäsionen zwischen Dura und Kopfknochen. Alle diese pathologischen Zustände werden durch Reizung der Meningealnerven Kopfschmerzen hervorgerufen können, welche aber immer auf den Ort des Traumas, höchstens noch auf dessen unmittelbare Umgebung beschränkt sind. Der Schmerz ist oft heftig und andauernd, Tag und Nacht, wird durch keinerlei äussere Momente beeinflusst. Die objektive Untersuchung wird an der betreffenden Stelle immer eine Druckempfindlichkeit nachweisen können. Zur Diagnose dieser unterhalb der Kopfschwarte gelegenen anatomischen Läsion in Folge eines Traumas ist das Vorhandensein einer äusseren Wunde nicht unumgänglich notwendig, es giebt Fälle, in denen ohne jede äussere Verletzung z. B. Blutungen der Dura mater entstanden sind.

Anders stellt sich das Bild des Kopfschmerzes bei der traumatischen Neurose. Da dieser Zustand nur als eine besondere Abart der Hysterie oder Neurasthenie aufgefasst werden darf, wird der Kopfschmerz auch den Charakter des hysterischen, resp. des neurasthenischen tragen: er wird selten sich an die Stelle der Läsion halten, sondern ein allgemeiner sein, als Druck u. s. w. beschrieben werden. Häufig steht die Intensität des Kopfschmerzes gar nicht im Verhältnis zu dem an und für sich leichten Trauma. Endlich ist der Kopfschmerz auch bei den traumatischen Neurosen vorhanden, bei denen das Trauma andere Körperteile als gerade den Schädel betroffen hat. Die Diagnose hat sich an die weiter noch vorhandenen Symptome der traumatischen Neurose zu halten: psychische Verstimmung, allgemeine Klagen, Erhöhung der Reflexe, Einschränkung des Gesichtsfeldes u. s. w. Jedenfalls bildet aber der Kopfschmerz eins der Hauptsymptome der traumatischen Neurose.

11. Der sogenannte habituelle Kopfschmerz. Die Berechtigung eine bestimmten Form des Kopfschmerzes als „habituell" zu bezeichnen, muss sehr angefochten werden.

Was das Wesen des habituellen Kopfschmerzes darstellt, weiss man nicht, und die Bezeichnung ist daher nur der Ausdruck einer gewissen Verlegenheit. Ich glaube, dass man jeden Kopfschmerz auf eine der zahlreichen bereits erörterten und noch zu erörternden Ursachen zurückzuführen versuchen muss und nur im Notfall eine besondere habituelle Form heranziehen darf. Da bei den so bezeichneten Kopfschmerzen die genaue Untersuchung des ganzen Körpers gewöhnlich keine Abnormitäten ergiebt, wird es sich vorwiegend um neurasthenische Zustände als Grundlage des Leidens handeln. Mitunter sind es auch hereditär stark belastete, schwächliche, mit sonstigen Entwicklungsanomalieen behaftete Individuen, welche zu sehr häufigen Kopfschmerzen neigen, so dass man bei ihnen auf eine gewisse Widerstandsunfähigkeit des Gehirns schliessen darf.

Besondere Symptome kommen dem habituellen Kopfschmerze nicht zu, er wird sämtliche Formen des Kopfschmerzes überhaupt annehmen können. Wie sein Name sagt, handelt es sich bei ihm um einen exquisit chronischen Zustand. Jedenfalls darf man sich niemals durch die Diagnose des habituellen Kopfschmerzes von einer eingehenden, unter Umständen oft zu wiederholenden Untersuchung des ganzen Körpers abhalten lassen. Sehr oft bildet der chronische Kopfschmerz in irgend welcher Form die Vorlaufserscheinung von schweren Läsionen des Nervensystems, als deren einziges Symptom er Jahre lang vorhanden ist.

Es wäre zu wünschen, dass die Rubrik des habituellen Kopfschmerzes aus den Lehrbüchern verschwinden könnte!

II. Erkrankungen der Sinnesorgane.

Von den Augen aus kann ein Kopfschmerz entstehen zunächst durch Funktionsüberanstrengungen derselben. Nach anstrengendem Sehen, Lesen oder Schreiben stellt sich häufig ein Kopfschmerz ein, der nicht nur die Folge der geistigen Anstrengung ist, sondern auch auf eine Übermüdung des Sehorgans zurückgeführt werden muss. Er zeigt sich besonders in Form eines Druckes sowohl in den

Augen als auch über denselben, vergeht aber meistens rasch wieder nach Beseitigung der veranlassenden Ursache.

Ferner entsteht ein Kopfschmerz durch Funktionsanomalieen. Besonders eine Neuralgie des Trigeminus wird sehr häufig durch derartige Zustände: Accomodationsstörungen, Schwäche der Convergenz oder seltener der Divergenz, Hypermetropieen, Astigmatismus, Presbyopieen, hervorgerufen, wie an anderer Stelle schon erörtert worden ist.

Über die Diagnose des Glaucoms ist ebenfalls schon gesprochen worden.

Jedenfalls ist es ratsam, bei allen heftigen und hartnäckigen Kopfschmerzen, besonders bei ausgesprochenen Trigeminusneuralgien eine specialistische Untersuchung der Augen vornehmen zu lassen.

Erkrankungen der Nase. Bei der innigen Beziehung welche die Nase zu dem Trigeminus und seinen Ästen besitzt, kann es nicht verwundern, wenn Affektionen der Nase intensive Kopfschmerzen hervorrufen können. Die Entstehung derselben ist entweder eine rein mechanische oder eine reflektorische. Auf mechanischem Wege entsteht ein Kopfschmerz durch die Verengerung der Nasenmuschel in Folge von Schwellung der Schleimhaut verbunden mit einer erhöhten pathologischen Empfindlichkeit der letzteren oder durch Verlegung des Lumens durch Verbiegungen oder Hypertrophieen der Nasenscheidewand. Eine weitere Möglichkeit der Entstehung von Kopfschmerz ist ferner der behinderte Abfluss von Schleim oder Eiter aus der Nase oder ihrer Nebenhöhlen. (Bresgen.) Der auf solche Weise hervorgerufene Kopfschmerz ist ein lokaler auf die Umgebung der Nase beschränkter Schmerz, er wird sich daher entweder zu beiden Seiten der Nase, oder mit Vorliebe oberhalb der Nasenwurzel lokalisieren, im letzteren Falle namentlich dann, wenn die Stirnhöhlen nicht frei sind. Es wird sich dann immer eine Druckempfindlichkeit dieser Gegend, mitunter auch eine Anschwellung nachweisen lassen. Jedenfalls ist die Untersuchung der Nase sehr wichtig. Reflektorisch entsteht durch Erkrankung der Nase eine

Neuralgie des Trigeminus (s. d.) Dieser Fall ist aber ein weit seltener wie die Entstehung eines rein mechanisch bedingten Kopfschmerzes.

Der Kopfschmerz in Folge von Ohrenerkrankungen ist immer nur auf die nächste Nachbarschaft und die Umgegend des Ohres beschränkt, speciell auf den processus mastoideus. Hier findet sich bei Eiterungen im Ohr eine Druckempfindlichkeit und oft auch eine Schwellung, welche der Vorbote von gefährlichen Ereignissen sein kann. Besonders der Hirnabscess in Folge einer Ohreneiterung kann durch den Kopfschmerz frühzeitig erkannt werden.

Reflektorisch durch Ohrenerkrankungen erzeugte Kopfschmerzen kennen wir nicht.

III Erkrankungen des Verdauungstractus

Von Affektionen des Magens kann sehr häufig ein Kopfschmerz ausgelöst werden. Bekannt ist schon den Laien die Art des Kopfschmerzes, welcher durch Hunger erzeugt wird und nach Nahrungsaufnahme wieder verschwindet, meistens ist es ein Kopfdruck. Aber auch pathologische Zustände des Magens rufen unter Umständen Kopfschmerz, speciell Kopfdruck hervor, besonders die chronischen Dyspepsieen, bei denen der Kopfschmerz sich gerne mit Schwindel verbindet — vertigo e stomacho laeso.

Eine ausserordentlich wichtige und häufige Ursache von Kopfschmerz ist die chronische Obstipation. Wenn schon jede länger dauernde Füllung des Darms Kopfdruck hervorruft — die Defäkation hat immer eine den Kopf erleichternde Wirkung — so ist dies natürlich ganz besonders der Fall bei chronischen Obstipationen. Auch hier bestehen die Beschwerden vorwiegend in Kopfdruck, in Eingenommensein des Kopfes, es können aber auch wahre Neuralgieen ausgelöst werden. Die Häufigkeit dieser Obstipationskopfschmerzen ist eine so grosse, dass man sich bei jeder Klage über Kopfschmerz von dem Vorhandensein einer eventuellen Verdauungsstörung überzeugen muss, sehr oft werden mit Einleitung einer regelmässigen Defäkation die Beschwerden

mit einem Schlage beseitigt. Dass durch Darmparasiten Kopfschmerz entstehen kann, ist zwar oft behauptet, aber niemals ganz sicher nachgewiesen worden.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass man den durch Affektionen des Verdauungstraktus bedingten Kopfschmerz als den Ausdruck einer Intoxikation des Körpers, speciell des Gehirns mit Giftstoffen betrachten muss, welche durch das Grundleiden hervorgerufen worden und in den Kreislauf gelangt sind.

IV. Erkrankungen der Nieren.

Der Kopfschmerz ist eine häufige Begleiterscheinung der Nephritis überhaupt und im speciellen der Schrumpfniere. Seine Entstehung ist wahrscheinlich auf Gehirnanämie in Folge der reflektischen Cirkulationsstörungen oder auf Intoxikation durch beginnende Urämie zurückzuführen. Jedenfalls darf man die Harnuntersuchung bei Klagen über Kopfschmerzen nicht unterlassen, da durch den Nachweis von Eiweiss im Urin der bis dahin vielleicht als ganz harmlos betrachtete Kopfschmerz als das Zeichen einer schwereren Erkrankung angesehen werden muss und der Therapie eine neue Richtung gegeben wird. Gewöhnlich wird sich bei einer Nierenaffektion der Kopfschmerz noch mit anderen Symptomen kombinieren, die die Aufmerksamkeit auf die Nieren lenken, vor allem mit Diarrhoeen, Schwindel und Hautjucken. Vor allem aber sind zunehmende Kopfschmerzen bei Albuminurie immer als Vorlaufserscheinungen einer Urämie zu betrachten und gewinnen dadurch eine sehr schlechte prognostische Bedeutung.

Die Art der nephritischen Kopfschmerzen ist immer der Kopfdruck, höchstens sind die Schmerzen auf die Stirne beschränkt.

Bei der Diagnose dieser Form entscheidet selbstredend auch oft der Augenspiegelbefund, der Nachweis einer Retinitis albuminurica.

V. Konstitutionskrankheiten.

Von den Konstitutionskrankheiten können Kopfschmerz hervorrufen:

1. Die Anämie in jeder Form, speciell aber die perniciöse Anämie. Sie bedingt entweder reine Neuralgieen des Trigeminus oder occipitalis (s. d.) oder einen allgemeinen Kopfschmerz, dumpfer Art, oft von klopfendem Charakter, mit Vorliebe in der Stirn und über den Augen lokalisiert. Der Schmerz kann unter Umständen sehr intensiv werden verlässt aber auch in weniger heftigen Graden die Kranken fast niemals und bildet oft das quälendste Symptom der Grundkrankheit.

2. Die Chlorose ruft meistens nur einen intensiven Kopfschmerz hervor wie den bei der Anämie geschilderten und hat ebenso gut wie diese auch reine Neuralgieen im Gefolge.

3. Bei Diabetes kann sich auch Kopfschmerz finden, meistens in Form des Kopfdrucks ohne bestimmte Lokalisation. Da die Neigung zu Neuralgieen den Diabetes auszeichnet, wird auch auf dem Boden dieser Grundkrankheit eine Trigeminusneuralgie sich ausbilden können. Jedenfalls darf bei allen chronischen schwereren Formen des Kopfschmerzes die Untersuchung des Harns auf Zucker nicht unterlassen werden. Wichtig kann der Kopfschmerz beim Beginn des diabetischen Komas werden, welches mitunter durch eine intensive Steigerung des Kopfschmerzes eingeleitet wird.

4. Bei Leukämie ist Kopfschmerz ebenfalls etwas häufiges, auch hier vorwiegend als Kopfdrnck, eingenommener Kopf vorkommend. Erhebliche Intensitäten nimmt der Kopfschmerz bei Leukämie gewöhnlich nicht an. Er muss neben dem Schwindel, den Ohnmachten und anderen Symptomen als der Ausdruck der Hirnanämie betrachtet werden.

VI. Vergiftungen.

Kopfschmerz kann bei einer ganzen Reihe akuter Vergiftungen als Teilerscheinung des Symptomencomplexes vor-

handen sein, ohne indessen sehr in den Vordergrund zu treten. Er kann sich finden bei Vergiftungen mit: Kohlenoxyd, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Blausäure, Karbolsäure, Atropin, Alkohol, Nikotin, Morphium, Chloroform, Aether, Nitrobenzol, Anilin, Chinin, Coffeïn. Die Art dieses Vergiftungskopfschmerzes ist fast immer der Kopfdruck, oder es besteht ein auf die Stirn beschränkter Schmerz.

Von chronischen Vergiftungen, welche mit Kopfschmerzen einhergehen, muss zunächst das Blei genannt werden. Die Form der chronischen Bleivergiftung, welche man Encephalopathia saturnina nennt, die mit vorwiegend cerebralen Symptomen einhergeht, zählt unter ihren Erscheinungen vorwiegend den Kopfschmerz. Entweder handelt es sich hier ebenfalls um einen auf den ganzen Kopf sich erstreckenden Schmerz oder es bilden sich richtige Trigeminusneuralgieen aus. Auch der chronische Missbrauch des Nikotins bewirkt Kopfschmerz, und zwar besonders gerne Neuralgieen. Besonders findet man dieselben bei Leuten, welche sehr viel Cigaretten rauchen. Daneben kommt auch, wenn auch seltener, die Form des Kopfdrucks vor.

Ausserdem findet sich — wenn auch seltner — Kopfschmerz als ziemlich konstantes Symptom bei folgenden chronischen Vergiftungen:

mit Quecksilber, hier sehr heftige Kopfschmerzen,
mit Schwefelkohlenstoff, bei Arbeitern in Kautschukfabriken, der Schmerz geht besonders von der Nasenwurzel in die Schläfengegend,
mit Jod, hier vorwiegender Stirnkopfschmerz,
mit Arsenik, aber nur in sehr vorgeschrittenem Stadium der Intoxikation.

VII. Infektionskrankheiten.

Syphilis und Kopfschmerzen haben einen sehr innigen Zusammenhang. Die Kopfschmerzen zeigen sich speciell in der Eruptionsperiode, nehmen den ganzen Kopf ein oder beschränken sich auf den Hinterkopf oder eine halbe Seite des Schädels und erlangen sehr oft recht bedeutende Inten-

sitäten. Ihre Haupteigentümlichkeit besteht in ihrer Exacerbation gegen Abend und Nachts — dolores nocturni —, so dass man aus dem Auftreten dieser nächtlichen Kopfschmerzen schon allein die Diagnose der Syphilis machen kann. Am Tage sind die Schmerzen entweder nur in geringerer Intensität vorhanden, oder können auch ganz fehlen. Als lokale Symptome findet man manchmal periostale Schwellungen auf dem Schädel besonders am Stirnbein und am Seitenwandbein, die mitunter eine ziemlich beträchtliche ohne weiteres in die Augen fallende Grösse besitzen, mitunter aber erst nach längerem Suchen entdeckt werden. Auf Druck sind diese Anschwellungen meist sehr empfindlich.

Der Kopfschmerz, welcher die Lues cerebri resp. die progressive Paralyse begleitet, entbehrt meist lokaler Symptome und ist gleichmässig auf den ganzen Kopf verbreitet. Neben ihm sind immer noch andere Symptome der Krankheit vorhanden: Schwindel, Gedächtnisschwäche, Hirnnervenlähmungen, oder Defekte der Intelligenz. Aber auch bei diesem Kopfschmerz findet man sehr häufig nächtliche Steigerungen.

Sehr regelmässig stellt sich der Kopfschmerz ein bei gewissen Infektionskrankheiten: vor allem Typhus, Influenza, Cerebrospinalmeningitis, tuberkulöse Meningitis. Es ist hierbei nicht nur das Fieber, das wegen der Temperaturerhöhung den Kopfschmerz herbeiführen könnte, sondern es handelt sich wahrscheinlich um lokale Wirkungen des betreffenden Virus. Der Sitz des Schmerzes ist ein ganz verschiedener. Beim Typhus ist meistens die Stirn- und Schläfengegend betroffen, ebenso bei der Influenza. obwohl bei dieser auch sehr häufig heftige Hinterkopfschmerzen beobachtet worden sind. Die infektiösen Meningitiden beginnen immer mit Kopfschmerzen, welche sogar bei diesen Krankheiten gerade sehr arge Intensitäten annehmen können. Sie sitzen vorwiegend im Hinterkopf bei der cerebro-spinalen Form, im ganzen Kopfe bei der tuberkulösen, ohne dass diese beiden Arten scharf durch die Kopfschmerzen von einander zu unterscheiden wären. Im Übrigen vgl. das bei „Meningitis“ überhaupt gesagte.

VIII. Der Rheumatismus der Kopfschwarte.

Als Rheumatismus der Kopfschwarte muss meistens das sogenannte „Kopfreissen“ gedeutet werden. Wie jeder andere Muskel so kann auch die Kopfschwarte — der frontalis und occipitalis — Sitz rheumatischer Beschwerden sein. Die Schmerzen ziehen dann meistens wie eine Haube über den ganzen Kopf, strahlen aber auch in die Stirn aus, und werden durch die Bewegungen der Kopfschwarte sowie durch Druck auf dieselbe verstärkt.

Die Diagnose ist nicht leicht zu stellen und soll jedenfalls immer mit einer gewissen Reserve gemacht werden. Von Neuralgieen unterscheidet sich der Kopfschwartenrheumatismus durch sein kontinuirliches, nicht anfallsweises Auftreten, ähnelt ihnen aber in seinem reissendem Charakter. Hingegen findet sich nie ein Schmerzdruckpunkt am Nerven bei dem Rheumatismus, während die Bewegungen der Kopfschwarte überall empfindlich sind, und auch durch Druck auf die Kopfschwarte überall Schmerz hervorgerufen wird, was bei der Neuralgie nicht vorkommt.

II. Die Therapie.

Nach den vorausgegangenen Erörterungen über die Diagnose des Kopfschmerzes wird es klar sein, dass bei keiner Krankheit so genau der indicatio causalis genügt werden muss, wie bei dem Kopfschmerze. Darum giebt es auch keine eigentliche specifische Kopfschmerzbehandlung, ausgenommen vielleicht bei gewissen Formen von Neuralgie.

Da die Therapie des Kopfschmerzes die Therapie der betreffenden Grundkrankheit ist, müsste eigentlich bei einer Erörterung der Behandlung des Kopfschmerzes die letztere besprochen werden, was jedoch weit über den Rahmen meiner Auseinandersetzungen hinausgehen würde. Es kann daher nur das allernotwendigste, direkt auf den Kopfschmerz

bezügliche hervorgehoben werden, alles andere ist in den Lehrbüchern nachzusehen.

Der neurasthenische und hysterische Kopfschmerz können zusammengefasst werden. Ihre Behandlung stellt oft die grösste Geduld an Arzt und Patienten und führt oft — wie man ganz ruhig zugeben muss — zu keinem Resultate, da man die Schädlichkeiten, welche den Kopfschmerz erzeugen, nicht beseitigen kann: familiäre Sorgen, Überanstrengungen um das tägliche Brod u. s. w.

In Frage kommen medikamentöse, mechanisch-physische und psychische Heilmittel ferner auch die balneologische und klimatische Behandlung. Unter den medikamentösen wird das Bromkali die Hauptrolle spielen, 3 mal täglich 1,0 in Selterwasser. Die Kur muss mindestens ein Vierteljahr lang fortgeführt werden. Eine ganz gute Verbindung ist ferner die von Chinin mit Strychnin, als Tonicum des Nervensystems, etwa in folgender Form:

Rp. Tctr. Chinae cpst. 20.0
Tctr. nuc. vomic. 10.0
S. 3 mal täglich 15 Tropfen.

Anämische Kopfschmerzen sind bei Neurasthenie selbstredend mit den bekannten Eisenmitteln zu behandeln.

Die bekannten Antineuralgica haben meist bei echtem neurasthenischem und hysterischem Kopfschmerze keinen grossen Erfolg.

Die mechanisch-physikalische Behandlung wird mit einer vorsichtigen Massagekur zu beginnen sein, welche besonders in den Fällen, bei welchen eine sitzende geistig stark anstrengende Lebensweise im Spiele ist, ganz gute Dienste thun wird. Zu warnen ist hier nur vor dem Übermaas. Dann ist hydropathische Behandlung zu empfehlen, die ebenfalls sich in den Grenzen bewegen soll, welche durch die Individualität des einzelnen Patienten geboten erscheinen. Es können gemacht werden kalte Abreibungen, Sitzbäder, Einpackungen mit Frottierungen. Wer schwimmen kann, den schicke man ruhig ins Schwimmbad, warne aber vor zu langer Dauer des Bades und verbiete dem Patienten

mit dem Kopf voran ins Wasser zu springen. Neben dem kalten Bade sind aber oft auch warme Bäder mitunter von sehr guter Wirkung, ich möchte speciell auf die Fichtennadelbäder hinweisen, die sich ja auch sehr leicht im Hause darstellen lassen: auf ein Vollbad 250 bis 300 Gramm Fichtennadelextrakt., Wärme 27 Grad, Dauer 10 Minuten, alle 2 bis 3 Tage ein Bad. Auch warme Fussbäder Abends vor dem Schlafengehen leisten oft ganz gute Dienste.

Die elektrische Behandlung wird unter allen Umständen bei allen länger dauernden neurasthenischen und hysterischen Kopfschmerzen anzuwenden sein. Mitunter bringt sie wirkliche Erleichterung, wenn sie auch in manchen Fällen vollkommen in Stich lässt — man wird jedenfalls gut thun, bei Beginn der Kur den Patienten gegenüber sich vorsichtig über den Erfolg zu äussern, um nicht Missdeutungen ausgesetzt zu sein! Die Technik ist am besten die Längsdurchströmung des Kopfes: Kathode auf dem Nacken, Anode als biegsame Schwammelektrode auf der Stirne, vorsichtiges Ein- und Ausschleichen des Stromes, bei einer Stärke von höchstens 0,5 bis 0,75 M. A. Dauer bis zu 5 Minuten, unter Umständen jeden Tag wiederholt einige Wochen lang. Von der sogenannten Galvanisation am Halse habe ich nie grosse Erfolge gesehen. Der Wirkung der Galvanisierung ist wie erwähnt oft eine ganz gute, wenn wir auch noch nicht im Stande sind, uns dieselbe recht zu erklären. Dass hier die Suggestion eine gewisse Rolle spielt, liegt auf der Hand, auf der anderen Seite kann man sich aber auch nicht der Möglichkeit verschliessen, dass auf dem Wege einer Cirkulationsbeeinflussung im Gehirn eine Besserung herbeigeführt werden könnte. Der faradische Strom eignet sich nur in Form der allgemeinen Faradisation zur Behandlung des Kopfschmerzes, wobei am zweckmässigsten die Kopffaradisierung mit der faradischen Hand vorgenommen wird; alles nähere muss darüber in den speciellen Lehrbüchern eingesehen werden.

Was schliesslich die psychische Behandlung des neurasthenischen und hysterischen Kopfschmerzes betrifft, so

ist diese Glaubenssache. Ich will nicht leugnen, dass eine ganze Anzahl von Kopfschmerzen durch eine Hypnose bestens beeinflusst worden sind, aber dem gegenüber stehen auch wieder zahlreiche Misserfolge, uud von denen hört man gewöhnlich nichts! Die Hypnose ist eine Behandlung, zu der sich nicht alle Patienten aber auch nicht alle Ärzte eignen, und auf keinen Fall darf man sie als das einzige Mittel betrachten, das den Kopfschmerz heilen könnte. Wer aber den Beruf dazu in sich fühlt, mag ruhig versuchen den Kopfschmerz durch Hypnose zu beseitigen.

Die balneologische und klimatische Therapie wird in den Fällen, in welchen die socialen Verhältnisse der betreffenden es erlauben, sehr ins Auge zu fassen sein. Der berühmte „Luftwechsel“ wirkt gerade bei Leuten mit neurasthenischen und hysterischen Kopfschmerzen oft sehr gut, wahrscheinlich weniger wegen der anderen Luft als wegen der Entfernung aus ungesunden Berufs- und familiären Verhältnissen. Indessen wird natürlich auch der Luft selbst immer eine gewisse Rolle zuzuschreiben sein. Die vom Arzte zu entscheidende Frage ist gewöhnlich: See oder Gebirge? Ich neige für neurasthenische und hysterische Kopfschmerzen mehr zum Gebirge, warne aber vor zu grossen Höhen, welche leicht aufregend anstatt beruhigend auf den Kopf wirken können. Die Hauptsache ist doch wohl eine gute Waldluft und nicht zu viel Sonne, gegen welche derartige Patienten gewöhnlich empfindlich sind. Die See bringt leicht wie ich öfters gesehen habe, grosse Aufregungszustände hervor, speciell die Nordsee, weniger die Ostsee. Es giebt indessen doch eine Reihe von Neurasthenikern welche von der Seeluft ganz gute Wirkung auf ihre Kopfschmerzen gesehen haben; hier heisst es eben auch individualisieren!

Der Kopfschmerz bei Meningitis, Hydrocephalus sowie bei Gehirntumoren muss nach den für diese Grundkrankheiten geltenden Regeln behandelt werden, welche hier nicht näher erörtert werden können.

Der Kopfschmerz durch Cirkulationsstörungen im Gehirn wird bei nachgewiesener Anämie und Hyperämie des Gehirns durch die Vermeidung aller der Dinge zu bekämpfen sein, welche eine Anämie resp. Hyperämie hervorrufen können. Da indessen wie oben auseinandergesetzt worden ist, die Diagnose der Anämie und Hyperämie des Gehirns schwer zu stellen ist, so wird auch eine dementsprechende Therapie auf grosse Schwierigkeiten stossen. Selbstredend muss das oft der Gehirnhyperämie zu Grunde liegende Leiden, speciell Erkrankungen des Herzens und der Respirationsorgane energisch behandelt werden. Rationeller können wir vorgehen bei Kopfschmerzen durch Arteriosklerose. Hier kann man dafür sorgen dass alle Dinge, welche eine Gehirnhyperämie erzeugen, vermieden werden, denn diese steigert durch die Gefässerkrankung den Kopfschmerz ganz entschieden. Man verbiete den Alkohol, den Kaffee, Thee und das Nikotin, sorge für ruhige und gleichmässige Lebensweise ohne Aufregungen, warne vor körperlichen Überanstrengungen auch in Form von geringfügigen Kleinigkeiten z. B. rasches Gehen, plötzliches Bücken, schnelles Treppensteigen u. s. w. Daneben kann man Abends ein warmes Fussbad nehmen lassen und gebe innerlich Jodkali 5,0 : 150,0 täglich 3 mal 1 Esslöffel. Gewarnt muss werden davor, derartige Patienten im Sommer in zu hohe Kurorte zu schicken wegen der Gefahr der Apoplexie.

Die Therapie des neuralgischen Kopfschmerzes wird ebenfalls in erster Linie der Causalindikation jedes einzelnen Falles genügen müssen. Entsprechend der Ätiologie müssen Fremdkörper entfernt, Narben ecxidiert, cariöse Zähne gezogen werden, es muss unter Umständen ein Augen- Nasen- oder Ohrenarzt Anomalien dieser Sinnesorgane beseitigen. Liegt der Verdacht auf Syphilis vor, so muss eine dementsprechende Kur angeordnet werden. Bei dem Nachweise einer früher durchgemachten Malaria wird man zum Chinin greifen müssen: die Malarianeuralgieen zeichnen sich häufig durch eine regelmässige Wiederkehr in bestimmten Stunden aus, genau so wie der Malariaanfall

selbst. Man gebe dann Chinin 5 bis 6 Stunden vor dem zu erwartenden Neuralgieanfall, in Dosen von 1,5 bis 2,0; weniger wird keine Wirkung haben. Unter Umständen müssen die Patienten einfach aus dem Schlaf geweckt werden um das Chinin zu nehmen und thun das meistens auch ganz gern, wenn sie wissen, dass sie dann am nächsten Morgen schmerzfrei aufwachen.

Bei vorhandener Anämie als Ursache der Neuralgie ist die entsprechende Therapie mit Eisen, Milch u. s. w. zu verordnen.

Neben diesen Mitteln, welche die der Neuralgie zu Grunde liegende Krankheit beeinflussen sollen, giebt es andere, welche direkt auf die Neuralgie wirken.

Die Elektricität wird mitunter mit gutem Nutzen bei neuralgischem Kopfschmerze angewandt. Man wählt vor allen Dingen in den Fällen, welche mit ausgesprochenen Druckpunkten einhergehen, diese als den Ansatzpunkt des galvanischen Stroms, indem man eine kleine Elektrode, am besten die Erbsche Normalelektrode auf den betreffenden Druckpunkt appliciert, den Strom vorsichtig ein- und ausschleicht und stabil gegen 5 bis 10 Minuten lang wirken lässt. Nur darf man keinen zu starken Strom nehmen, eine Forderung, die meistens in den Lehrbüchern nicht scharf genug hervorgehoben wird, über 0,5 M. A. zu gehen, halte ich nicht für ratsam. Dann kann die schmerzhafte Hautstelle, also z. B. bei Neuralgie des ersten Astes des Trigeminus die Gegend oberhalb des Auges und die Stirne labil durch Streichen mit der Anode behandelt werden. Schliesslich folgt die faradische Pinselung der schmerzenden Hautpartien, welche sehr empfohlen werden kann und in heftigen Anfällen oft direkt ein Nachlassen des Schmerzes bewirkt.

Die Erfolge der elektrischen Neuralgiebehandlung sind ungeheuer wechselnde, da die verschiedenen Patienten so sehr verschieden auf die Elektricität reagieren.

Unter den schmerzstillenden Mitteln ist das Morphium bei der Trigeminusneuralgie speciell nicht zu entbehren. Der sich oft in furchtbaren Schmerzen windende Patient

verlangt mit Recht eine Linderung: man darf sich nicht aufhalten mit Fragen nach durchgemachten Krankheiten und sonstigen Dingen, sondern hat die Pflicht die Schmerzen zu beseitigen. Und dazu dient in heftigen Fällen allerdings nur das Morphium, das man am besten subcutan giebt. Niemals aber gebe man den Neuralgikern die Morphiumspritze selbst in die Hand, denn sonst erzieht man die schlimmsten Morphinisten! Der Ersatz für Morphium in Form von Atropin, Antipyrin- und Codein-Injektionen kann sich meistens keines grossen Erfolges rühmen, das Antipyrin speciell hat noch die unangenehme Nebenwirkung, dass es an der Injektionsstelle sehr schmerzt und leicht zu Abscessen führt.

Von internen Mitteln müssen die so zahlreichen Antineuralgica erwähnt werden, deren Zahl jedes Jahr vermehrt wird. Die bekanntesten sind: Antifebrin, Antipyrin, Phenacetin, welche sich in ihrer Wirksamkeit ziemlich gleich stellen, nicht aber in ihrem Preise und ihrer Gefährlichkeit. Am billigsten, aber auch am gefährlichsten ist entschieden das Antifebrin (1 Gramm 0,5 Pfg.) Die Dosis darf meines Erachtens nicht 0,25 überschreiten, wenigstens nicht das erste Mal, das Mittel ist entschieden ein Blutgift und hat schon zu mehreren bedenklichen Vergiftungen Veranlassung gegeben. Antipyrin kostet das Gramm 25 Pfg., wirkt allerdings meist sehr gut, verursacht aber bei vielen Leuten Magenerscheinungen und Exantheme; Phenacetin kostet 10 Pfg. und steht in Bezug auf Nebenwirkungen zwischen Antifebrin und Antipyrin.

Auf eine Aufzählung der anderen Antineuralgica muss hier verzichtet werden.

Von älteren Mitteln mögen noch erwähnt werden: Chinin in kleinen Dosen (0,3—0,5 mehrere Male täglich), Salicyl (Natr. salicyl. 1,0—1,5), Coffeïn natr.-salicyl (0,2—0,5 pro Dos.) — die letzteren beiden besonders in frischen Fällen zu empfehlen.

Nicht ganz zu unterschätzen sind bei einer heftigen Kopfneuralgie die Ableitungsmittel: entweder Senfteig auf

den Hals und hinter das Ohr oder Einreibungen mit starken spirituösen Substanzen, oder Schröpfköpfe und Blutegel, die unter Umständen wirklich Erleichterung verschaffen. Die Einreibungen mit schmerzstillenden Salben, die früher eine grosse Rolle spielten — Veratrin, Aconitin, Opium — sind jetzt weniger gebräuchlich, da man über die Wirksamkeit der Salben nichts bestimmtes weiss. Höchstens wäre vom Veratrin zu sagen, dass es direkt schmerzstillend auf die sensiblen Nervenendigungen wirkt.

Mitunter kann man durch lokale Anästhesierung der schmerzhaften Stellen Linderung herbeiführen. Man gebraucht das zu wählende Mittel am besten in Form eines Sprays, den man sich durch eine meist vorhandene Blumenspritze darstellen kann. Zu wählen ist entweder einfacher Schwefeläther oder eines der Mittel aus der Methyl- und Methylengruppe: Methylchlorid, Methylenchlorür u. s. w. Alle diese Mittel wirken selbstredend nur momentan durch die grosse Kälte, welche sie hervorrufen, aber sind doch unter Umständen zu versuchen, besonders da man sie den Patienten ganz ruhig in die Hand geben kann. Zu achten ist bei der Trigeminusneuralgie darauf, dass während der Applikation das Auge durch einen Wattebausch geschützt wird, da diese Mittel auf allen Schleimhäuten einen intensiven brennenden Schmerz und auch Ätzungen hervorrufen können.

Durch lokale Anästhesierung wirken schliesslich auch die Einreibungen mit Mentholspiritus.

Ein Specificum gegen Neuralgie des Trigeminus giebt es nicht. Früher erblickte man in dem Butylchloral und in der Tctr. Gelsemii sempervirentis und anderen Medikamenten derartige Mittel, die heutigen Tags verlassen sind. Allerhöchstens könnte man das Arsenik wegen seiner im allgemeinen das Nervensystem tonisierenden Eigenschaften als Neuralgiespecificum erwähnen; es giebt Fälle, in denen man ganz gerne eine Zeit lang Arsenik, am besten in Form der Sol. Fowleri wird geben können.

Die mechanische Therapie der Trigeminusneuralgie hat neuerdings durch Nägele einen warmen Fürsprecher gefunden, der durch verschiedene Handgriffe am Kopf und Nacken auf die Schmerzen wirken will. Es ist sehr die Frage, ob hier nicht eine ziemliche Suggestion im Spiele ist.

Die ultima ratio bei einer heftigen Neuralgie speciell des Trigeminus ist der chirurgische Eingriff, zu dem sich die Patienten meistens nur schwer entschliessen. Es handelt sich entweder um die Nervendehnung oder um die Nervenausreissung resp. Nervenherausdrehung nach Thiersch. Neben sehr guten Erfolgen stehen auch hier Misserfolge und jedenfalls wird man den Patienten nicht für den absolut sicheren Erfolg garantieren können. Ganz neuerdings hat Krause den Feind in seinem letzten Lager aufgesucht und bei Trigeminusneuralgie das Ganglion Gasseri exstirpiert — eine Therapie, zu der jedenfalls auch von Seiten des Patienten ein gewisser Grad von Heroismus gehört, über den nicht jeder verfügen wird!

Die Therapie der Migräne stellt ein sehr unfruchtbares und undankbares Feld dar. Man darf sich nicht verhehlen, dass es eigentlich kein Mittel gegen die Migräne giebt, so unzählige auch dagegen empfohlen worden sind und wohl noch in der Zukunft empfohlen werden! Das neuerdings auf den Markt gebrachte Migränin — ein Gemisch von Antipyrin, Citronensäure und Coffeïn, hat mitunter eine abschwächende Kraft, kann aber auch nicht auf den Namen eines Specificums Anspruch erheben. Dass man daneben sämtliche sogenannten Antineuralgica in Anwendung ziehen kann, ist klar. Zu empfehlen ist auch der länger fortgesetzte Gebrauch von Bromkali, genau wie es oben bei der Neurasthenie geschildert worden ist. Die Hauptsache ist bei der Migräne eine geregelte vorsichtige sich von allen Excessen frei haltende Lebensweise und Vermeidung aller der Schädlichkeiten, von denen der einzelne weiss, dass sie ihm gewöhnlich einen Migräneanfall zuziehen — hier muss sich selbst jeder einzelne am besten in dieser Beziehung kennen.

Massage, Hydrotherapie, Elektricität mögen immerhin versucht werden — man wird sich bei den von diesen Massnahmen berichteten Erfolgen des Eindrucks zwar nicht erwehren können, dass die Suggestion eine Rolle bis zu einem gewissen Grade spielt — es gilt dies wohl namentlich von der Elektricität — das ist aber ja an und für sich kein Fehler, wenn wir nur damit den Patienten helfen können.

Auch bei der Migräne ist genau auf die möglicher Weise vorhandene Grundkrankheit: Anomalien des Verdauungstractus, der Genitalorgane, der Sinnesorgane u. s. w. zu achten und therapeutisch dementsprechend einzugreifen.

Der traumatische Kopfschmerz wird unter Umständen einen chirurgischen Eingriff herausfordern, besonders dann, wenn eine Narbe drückt, ein Knochensplitter vermutet werden kann u. s. w. Der Kopfschmerz der traumatischen Neurose fällt vollkommen unter die Rubrik des neurasthenischen und hysterischen Kopfschmerzes.

Der durch Affektionen der Sinnesorgane hervorgerufene Kopfschmerz bedarf in den meisten Fällen durchaus einer spezialistischen Behandlung, ist aber dann auch meistens die therapeutisch dankbarste Form des Kopfschmerzes. Jedenfalls sollte sich in solchen Fällen, in denen eine Erkrankung der Augen, der Nase und der Ohren vermutet wird, kein Arzt scheuen aus falschem Stolze die Hülfe eines in diesen Krankheiten erfahreneren, spezialistisch geschulten Kollegen in Anspruch zu nehmen!

Die Erkrankungen des Verdauungstractus, welche Kopfschmerzen hervorrufen können, werden ebenfalls nach den allgemeinen Regeln behandelt werden müssen. Insbesondere sei hier nochmals auf die Wichtigkeit der Bekämpfung der Obstipation mit allen in dieser Beziehung zu Gebote stehenden Mitteln hingewiesen.

Bei den Constitutionskrankheiten wird man sich an die hier notwendige Therapie halten müssen. Die Therapie des anämischen Kopfschmerzes fällt mit der Behandlung der Anämie im allgemeinen zusammen, ebenso die Behandlung

der Kopfschmerzen bei Chlorose, Diabetes und Leukämie. Ist hier die Grundkrankheit einmal nachgewiesen, so ist ja der Therapie ein weiter Spielraum gelassen -- sie näher zu spezialisieren ist hier nicht der Ort.

Ebenso kurz kann über die Therapie der Vergiftungskopfschmerzen weggegangen werden. Man wird die betreffenden Gegengifte anzuwenden haben, über welche man sich in jedem Lehrbuche der Arzneimittellehre unterrichten kann.

Der Kopfschmerz der Infektionskrankheiten bedarf keiner besonderen Behandlung ausser der bei der betreffenden Krankheit überhaupt üblichen.

Bei Rheumatismus der Kopfschwarte wird entweder eine Massage derselben sehr zu empfehlen sein oder die Anwendung von Antirheumatica: Salicyl, Antipyrin, Salipyrin u. s. w. Oft leistet ein Dampfbad ganz gute Dienste oder eine Schwitzkur zu Hause im Bett.

So sehen wir, ein wie weites Feld dem Arzte in der Therapie des Kopfschmerzes geöffnet ist! Leider konnte vieles dem Rahmen dieser Zeilen entsprechend nur ganz andeutungsweise behandelt werden.

Ich komme auf die einleitenden Worte zurück: Die richtige Therapie des Kopfschmerzes liegt einzig und allein in der richtigen ätiologischen Diagnose und die richtige ätiologische Diagnose beruht nur auf einer gründlichen Untersuchung. Nirgends wie bei dem die Menschheit so quälendem Uebel, dem Kopfschmerz, hat daher der alte Spruch seine Berechtigung:

bene medebitur, qui bene diagnoscit!

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer & Co., Halle a. S.

Sammlung
zwangloser Abhandlungen
aus dem Gebiete der
Nerven- und Geisteskrankheiten.

In Rücksicht auf den Zusammenhang mit der allgemeinen Medizin und die Bedürfnisse des praktischen Arztes

unter ständiger Mitwirkung

der Herren Prof. Dr. Anton in Graz, Prof. Dr. Arndt in Greifswald, Prof. Dr. Binswanger in Jena, Nervenarzt Dr. Bruns in Hannover Prof. Dr. Emminghaus in Freiburg i. Br., Prof. Dr. Goldscheider in Berlin, Privatdoz. Dr. Hoche in Strassburg, Privatdoz. und Direktor Dr. Kirchhoff in Neustadt (Holstein), Medicinalrat Dr. Krömer in Conradstein, Medicinalrat Dr. Mayser in Hildburghausen, Dr. P. J. Möbius in Leipzig, Oberarzt Dr. Näcke in Hubertusburg, Prof. Dr. Oppenheim in Berlin, Prof. Dr. Pick in Prag, Oberarzt Dr. Schmidt in Uchtspringe, Geheimrat Dr. Schüle in Illenau, Medizinalrat Dr. Siemens in Lauenburg, Prof. Dr. von Strümpell in Erlangen, Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Prof. Dr. v. Wagner in Wien, Nervenarzt Dr. Wildermuth in Stuttgart, Privatdoz. Dr. Windscheid in Leipzig, Dir. Dr. Wulff in Langenhagen, Prof. Dr. Ziehen in Jena

herausgegeben

von

Dr. med. **Konrad Alt,**
Director und Chefarzt der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Uchtspringe (Altmark).

I. Band, Heft 8.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold.
1897.

Über
die leichteren Formen
des periodischen Irreseins

von

Dr. A. Hoche,
Privatdozenten und erstem Assistenten an der
psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Halle a. S.,
Verlag von Carl Marhold
1897.

Über die leichteren Formen des periodischen Irreseins

von

Dr. A. Hoche,

Privatdozenten und erstem Assistenten an der psychiatrischen Klinik zu Strassburg i. E.

Nicht jeder Krankheit, die sich mehrmals im Laufe eines Einzellebens wiederholt, kommt die Bezeichnung „periodisch“ zu.

Wir halten ein Erisypel nicht darum für periodisch, weil es dieselbe Person vielleicht ein halbes Dutzend mal behält; wir sprechen nicht von einem periodischen Delirium tremens, wenn ein Potator zum dritten oder vierten Male daran erkrankt, aber wir sind berechtigt, die Diagnose der Periodicität zu stellen, wenn wir z. B. bei einem Individuum zum ersten Male einen typischen Migräneanfall oder einen epileptischen Anfall beobachten. Es ist also nicht allein die Thatsache der mehrfachen Wiederholung, die das Wesen der Periodicität ausmacht, sondern es gehört vor Allem dazu, dass die einzelnen Anfälle oder Zeiten krankhaften Zustandes sich ohne äusseren Anlass oder doch ohne entsprechenden äusseren Anlass aus Gründen, die in der Organisation des Betroffenen liegen, wiederholen.

Aufgabe der Diagnostik ist es, und zwar keine unlösbare, womöglich bei dem ersten Auftreten einer hierher gehörigen Störung aus bestimmten Eigentümlichkeiten die Erkenntnis des voraussichtlich periodischen Charakters derselben zu gewinnen. —

Unter den Geistesstörungen treffen wir einen relativ hohen Procentsatz periodischer Erkrankungen, der noch

beträchtlich für denjenigen wächst der, entsprechend den Anschauungen einer bestimmten Richtung in der Psychiatrie aus dem klinischen Bilde des einzelnen Anfalles die Diagnose des periodischen Charakters auch dann stellen will, wenn vielleicht überhaupt nur ein oder zwei Anfälle im Laufe eines ganzen Lebens zur Entwickelung gelangen.

Sehr viele Träger leichter Formen periodischer Geistesstörung werden niemals oder erst ganz spät Gegenstand psychiatrischer Anstaltsbehandlung; ein grosser Teil derselben gilt überhaupt nicht einmal für krank; es führen von den noch physiologisch zu nennenden Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes zahlreiche Übergangsformen zu den schweren und schwersten Fällen, die von Anfang an zeitweise oder dauernd der Anstaltspflege bedürfen.

Gerade bei den leichteren Formen erwachsen dem Arzte, speciell dem Hausarzte Aufgaben in diagnostischer und therapeutischer, namentlich prophylaktischer Beziehung, die in den folgenden Blättern eine kurze Darstellung finden sollen. Dieselbe wird nicht alle irgendwann oder irgendwo beschriebenen Verlaufsarten und Unterformen berücksichtigen können, sondern sich wird auf die häufigsten und praktisch wichtigsten beschränken müssen. —

Das Verständniss der periodischen Geistesstörungen wird erleichtert durch einen Blick auf gewisse wohlbekannte periodische psychische Schwankungen, die praktisch noch in die Gesundheitsbreite fallen [1]).

---

1) Ein durchaus physiologisches Beispiel periodisch auftretender lebhafter psychischer Veränderungen mit Wiederholung bestimmter Vorstellungen, Gefühle, Impulse u. s. w. bieten die Brunstzeiten der Tiere dar.

Bei einer grossen Anzahl von Menschen, die keineswegs schon als abnorm angesehen werden, ist das psychische Geschehen, vor Allem die Stimmung und damit häufig die Leistungsfähigkeit, gewissen mehr oder weniger regelmässigen Veränderungen unterworfen, die entweder ohne ersichtlichen Zusammenhang mit äusseren Verhältnissen auftreten oder in anscheinender Abhängigkeit stehen z. B. von Jahreszeit, Barometerstand, Himmelsbedeckung und dgl.; dem Subjekte kommen diese wechselnden Phasen je nachdem als „schlechte Laune“ oder als Zustand von „gut disponiert sein“ zum Bewusstsein. Bei vielen geistigen Arbeiten, namentlich aber bei künstlerisch veranlagten, durch Phantasiebegabung ausgezeichneten Naturen spiegelt sich dieser schwankende Stand der geistigen Thätigkeit wieder in der Ungleichmässigkeit der Produktion, die zu Zeiten vollkommen brach liegt, um dann wieder für kürzere oder längere Fristen energisch gefördert zu werden; es giebt „Quartalsarbeiter“ so gut wie es „Quartalstrinker“ giebt.

Für das weibliche Geschlecht kommen, ebenfalls noch im Bereich des Durchschnittlichen die periodischen physiologischen Vorgänge im eigenen Körper als Grundlage von Schwankungen des gemütlichen Gleichgewichts dazu, und man ist gewöhnt, bei den Frauen in der Verdriesslichkeit, den unmotivierten Launen, den „Ahnungen“ u. s. w. zur Zeit der Menses nichts zu sehen, als eine halb normale, berechtigte Begleiterscheinung. Gemütliche Schwankungen in grösseren Abschnitten, die noch nicht als krankhaft bezeichnet werden, bieten dann bekanntlich vielfach die Zeiten der Gravidität dar; meist ist es so, dass für eine kürzere oder längere Spanne Zeit während der Schwangerschaft eine gedrückte, zu Befürchtungen und ängstlichen Gedanken neigende Gemütslage vorherrscht; gar nicht selten finden wir aber auch die Form, die gewissermassen das Negativ der vorigen darstellt, dass Frauen sich nur während der Zeit der Schwangerschaft „wirklich wohl“ fühlen, frei sind von der Neigung zu trüber Lebensauffassung, die ihnen sonst eigen ist. —

Am stärksten ausgeprägt finden wir diesen motivlos schwankenden Charakter der Stimmung, mit dem die Betroffenen und ihre Umgebung sich in der Regel abfinden lernen, bei denjenigen Persönlichkeiten, die wir nach ihrer sonstigen unverhältnismässig lebhaften Art der Reaktion auf äussere Eindrücke angenehmen oder unangenehmen Charakters als „sensibel“, „nervös“, „labil“ (déséquilibré) bezeichnen, und eine genaue Analyse zeigt in der Mehrzahl dieser Fälle das Vorhandensein von beträchtlicher nervöser erblicher Belastung, deren einzige Manifestation diese eigentümliche psychische Verfassung, die Leichtigkeit, mit welcher der „Standpunkt“ verloren geht, sein und bleiben kann.

Die eigentlichen periodischen Geistesstörungen erwachsen nun ebenfalls fast ausschliesslich auf dem Boden der hereditären nervösen Disposition; auch bei ihnen ist, — von allen Einzelheiten zunächst abgesehen — die hauptsächlich charakteristische Eigentümlichkeit das wiederholte Auftreten von unmotivierten Stimmungsanomalien im Sinne der gedrückten oder gehobenen Stimmungslage, und Angesichts der Thatsache des Vorhandenseins von allen möglichen Zwischengraden, liegt ein berechtigter Kern in der Anschauung, dass jene noch an der Grenze der physiologischen Schwankung stehende, konstitutionelle Labilität nur dem Grade nach verschieden ist von dem, was als „periodische Geistesstörung“ bezeichnet wird, dass sie nicht nur den Boden abgiebt zur Entwickelung der periodischen Psychosen, sondern selbst gewissermassen eine abortive Verlaufsform derselben darstellt.

Es macht dabei wenig aus, ob es gelingt, irgend ein anscheinend auslösendes inneres oder äusseres Moment zur Motivierung des Stimmungswechsels ausfindig zu machen, oder ob derselbe anscheinend spontan in die Erscheinung tritt; das Wesentliche ist in jedem Falle, dass die psychische Curve die Neigung hat, in einer Wellenlinie zu verlaufen.

Für die principielle Bedeutung dieser Form der geistigen Störung ist es auch gleichgiltig, ob die einzelnen wechselnden Phasen rascher oder langsamer aufeinander

folgen, ob sie von langer oder kurzer Dauer sind, ob nur Perioden der Verstimmung oder nur solche der Exaltation aufeinanderfolgen, oder ob diese alternieren; gegenüber der Bedeutung der Feststellung der Thatsache, dass im gegebenen Falle eine periodische Geistesstörung vorliegt, tritt zunächst die Nuance zurück; die praktische Prognose im einzelnen wird allerdings auch davon beeinflusst, um welche Unterform der periodischen Störung es sich handelt. — Es kann demnach die alte Klassifikation, dass man als periodische Geistesstörung die Fälle bezeichnete, die eine Wiederholung entweder nur der deprimierten oder nur der gehobenen Phase zeigten, und ihnen als „circuläres Irresein" diejenigen gegenüberstellte, bei denen beide Perioden abwechselnd, mit oder ohne Intervall auftraten, nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die ganze Gruppe ist als periodische Geistesstörung zu bezeichnen, von denen die circulären Fälle nur eine der möglichen Verlaufsarten darstellen.

Es ist auch nicht berechtigt, diejenigen periodischen Störungen, die sich an bestimmte körperliche Vorgänge, wie die Menstruation oder etwa jedesmal an das Wochenbett, bei wiederholten Geburten, zeitlich anschliessen, oder mit ihnen zusammenfallen, von den scheinbar ganz spontan auftretenden abzutrennen; auch für letztere ist die Abhängigkeit von bestimmten, wechselnden körperlichen Zuständen wahrscheinlich, nur dass wir dieselben noch nicht kennen. —

Wie schon erwähnt, spielen die hereditären Verhältnisse in der Pathogenese der periodischen Geistesstörungen eine grosse Rolle. Im Verhältnis z. B. zur Neurasthenie oder Hysterie haben selbst die leichteren Formen der periodischen Psychosen in der Regel einen höheren Grad von erblicher, oft direkter Beeinflussung zur Basis, und vielleicht bei keiner anderen psychischen Anomalie

finden wir so häufig die Form der gleichartigen Vererbung, d. h. das Verhältnis, dass Nachkommen eines periodisch geisteskranken Vaters oder einer periodisch geisteskranken Mutter ebenfalls periodischen Störungen unterworfen sind.

Die leichteren Formen scheinen, bei dem konstitutionellen Charakter der periodischen Geistesstörungen, in ihrer Gefärdung der nächsten Generation nicht weniger bedenklich zu sein, als die schweren Formen; sie sind in praktischer Hinsicht eher noch gefährlicher insofern, als bei ihnen die anscheinend geringfügigen Symptome nicht leicht als Hinderungsgrund der Eheschliessung angesehen werden, während die schweren Formen, bei nicht zu spätem Beginn dem Lebensalter nach, in der Mehrzahl der Fälle von der Fortpflanzung von vornherein ausgeschlossen werden.

Die Kindheit der später periodisch erkrankenden Individuen kann ohne Besonderheiten verlaufen; andere Male treffen wir in der Kindheitsanamnese diejenigen Züge, die überhaupt bei hereditär stark Belasteten zur Beobachtung kommen: Anfangs Neigung zu Convulsionen und Delirien bei kleinen körperlichen Störungen, im Beginn der Schuljahre Zerfahrenheit, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Ungleichmässigkeit in der Veranlagung, frühe Onanie, Zerstreutheit im Unterrichte. Nicht selten aber, namentlich bei den später in der circulären Form Erkrankenden kommt schon während der Schuljahre ein gewisses periodisches Schwanken der Leistungsfähigkeit zum Vorschein — ungleiche Klassenleistungen, Perioden des Stillstandes, abwechselnd mit normalem Vorwärtsschreiten u. dgl.

Eigentliche periodische Geistesstörungen im engeren Sinne sind im Kindesalter selten; es darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass die periodischen Störungen, die schon bei Erwachsenen durch einen gewissen milderen Charakter des einzelnen Anfalls gekennzeichnet sind, bei kindlichen Individuen mit ihrer wenig entwickelten Persönlichkeit und der diesem Alter eigenen physiologischen

Neigung zum Stimmungswechsel, doppelt leicht übersehen werden können. Der gelegentlich bei nervösen Kindern auftretende vorübergehende Hang zur Isolierung, zum Aufgeben der gewohnten Spiele u. s. w. könnte wohl als depressive Phase einer periodischen Störung gedeutet werden, ebenso wie es wahrscheinlich ist, dass die von hereditär stark belasteten Schulkindern nicht allzuselten unternommenen Selbstmordversuche in ein solches melancholisches Stadium fielen. Ob zwischen den Stimmungsanomalien, wie sie wiederholte Anfälle von Chorea im kindlichen Alter begleiten, und späteren periodischen psychischen Erkrankungen ein Zusammenhang besteht, ist noch nicht genügend bekannt.

Im ganzen erhalten alle diese Störungen bei Kindern erst nachträglich ihre Bedeutung; es wird im Kindesalter selten gelingen, eine spätere periodische psychische Störung mit einiger Sicherheit vorauszusagen; die Bedeutung der genannten Symptome bei Kindern liegt vielmehr darin, dass sie Warnungssignale darstellen, welche prophylaktische Maassregeln veranlassen sollten.

Mit der Annäherung an die Pubertätszeit divergiert das Verhalten der beiden Geschlechter; für das weibliche, dem Procentsatze nach überhaupt stärker zu den periodischen Erkrankungen disponierte Geschlecht, bringen oft die Menses, manchmal auch schon die dem erstmaligen Auftreten derselben vorausgehenden Zeiten die ersten unverkennbaren Zustände periodischer psychischer Anomalie zur Deutlichlichkeit. Entweder sind es nur quantitative Steigerungen der oben erwähnten, häufigen menstruellen Stimmungsanomalien, oder, was im Pubertätsalter häufiger, es sind vorübergehende Erregungszustände mit Reizbarkeit, Bewegungsdrang, Neigung zu Gewaltthätigkeiten oder Zustände stuporöser Verwirrtheit mit ängstlichen Sinnestäuschungen.

Die beiden letzteren Zustandsbilder sind von nicht schlechter Prognose; sie können nach einer Reihe von Wiederholungen allmählich verschwinden; dagegen sind die einfachen Verstimmungen, welche schon zur Zeit der ersten Menses auftreten, in manchen Fällen schon die

ersten Zeichen einer circulären Psychose und haben damit die jener eigene ungünstige Prognose.

Die menstruellen Psychosen sind von den periodischen diejenigen, die erfahrungsgemäss in der Praxis noch am ehesten diagnosticiert werden; der zeitliche menstruelle Typus giebt eben den deutlichen Hinweis auch dann, wenn die Menses selbst zu dem Zeitpunkt, da sie fällig gewesen wären, nicht eintreffen.

Es ist bei Mädchen, die sich dem Pubertätsalter nähern, immer auch daran zu denken, dass der menstruelle Typus in psychischen Anomalien vorhanden sein kann, noch ehe sich überhaupt eine Genitalblutung zum ersten Male gezeigt hat. —

In das Pubertätsalter im weiteren Sinne, also in die Zeit bis zum 25. Lebenjahre fällt bei Mädchen und Frauen mit oder ohne Beziehungen zum Menstrualtypus und auch bei männlichen Individuen am häufigsten der Beginn derjenigen periodischen Fälle, die zu der Hauptgruppe der periodischen Manie zusammengefasst werden können.

Die Lehre von der Manie überhaupt hat im Laufe der letzten zwei bis drei Jahrzehnte beträchtliche Wandlungen durchgemacht; ihr Gebiet, welches bekanntlich schon vor längerer Zeit durch Abtrennung nicht dazu gehöriger Formen stark eingeengt worden war, hat noch weiter an Ausdehnung verloren durch die jetzt allgemein gewordene Einsicht, dass ein grosser, vielleicht der grösste Teil der reinen, einfachen Manien nur Einzelphasen einer periodischen Geistesstörung sind, und ganz neuerdings hat Kraepelin die Existenz einer Manie als einer selbstständigen Krankheitseinheit überhaupt gänzlich in Abrede gestellt; nach ihm ist die Manie ihrer Natur nach immer eine periodische Erkrankung, mit dem Vorbehalt, dass die

Periodicität sich nicht jedesmal notwendigerweise in zahlreichen Wiederholungen zu äussern braucht.

Es ist zu erwarten, dass das Princip dieser von Kraepelin auf ein klinisch höchst sorgfältig beobachtetes Material gestützten Anschauungsweise trotz des starken Widerspruches, den es heute noch von den verschiedensten Seiten erfährt, bald das herrschende sein wird.

Für die Zwecke der ärztlichen Prognose handelt es sich aber nicht nur um die principielle Stellung der Manie; eine Periodicität, die z. B. nur darin bestände, dass im 20. und 50. Lebensjahre je ein Anfall von Manie auftritt, ist in praktischer Hinsicht keine Periodicität; es ist das von diesem Gesichtspunkte aus eben ein zweimaliges Erkranken an derselben Störung im Laufe eines Lebens; dem Zwecke dieser Darstellung entspricht es daher mehr, vorwiegend diejenigen Fälle von periodischer Manie in den Bereich der Betrachtung zu ziehen, bei denen die Periodicität auf die Gestaltung der ganzen Existenz einer Persönlichkeit bestimmenden Einfluss gewinnt.

Wir finden nun häufig das Verhältnis, dass die Manien, die nur ganz wenige Wiederholungen erleben und durch lange Intervalle von 10, 12, 15 Jahren und darüber von einander getrennt sind, jedesmal schwere psychische Erkrankungen von langer Dauer darstellen.

Diesen Fällen entspricht die Schilderung, welche im Allgemeinen die Lehrbücher von der Manie überhaupt geben.

Diejenigen Formen, die häufig wiederkehren, pflegen diese schwere Verlaufsform nicht zu zeigen; sie verlaufen in wenigen Wochen oder Monaten und bleiben auch in der Stärke der maniakalischen Erregung hinter jenen Fällen zurück, so dass seit lange die diagnostische Regel besteht, rasch ablaufende, anscheinend „glatt heilende“ Manien als voraussichtlich periodische zu betrachten.

Diese leichtere Form soll uns hier hauptsächlich beschäftigen.

Drei Hauptsymptome, die auch in den leichtesten Fällen mindestens andeutungsweise nachweislich zu sein pflegen, gehören zum Bilde der Manie: Gehobene Stimmung mit Neigung zu raschem Wechsel derselben, Ideenflucht, Bewegungsdrang. Keine Rolle spielen stärkere Bewusstseinstrübung, Sinnestäuschungen, oder feste Wahnideen.

Der Beginn des ersten Anfalles kann ein ganz unvermittelter sein; gewöhnlich aber gehen eine Zeitlang in Gestalt von Appetitlosigkeit, schlechtem Aussehen u. dgl. körperliche Prodromalerscheinungen voraus, die dann plötzlich zu schwinden scheinen, sobald die eigentlichen psychischen Symptome der Manie deutlich werden. Letztere steigen in der Regel rasch an bis zu derjenigen Höhe, die im einzelnen Anfall überhaupt erreicht wird.

Die Kranken erscheinen äusserlich heiter, angeregt; der Blick ist glänzend, Mimik und Bewegungen werden lebhafter; sie sind gesprächiger als sonst, rasch bei der Hand mit der Antwort, in der, je nachdem, nur ihre „gute Laune", eine gewisse Neigung, auf Kosten Anderer zu witzeln, oder schon eine gesteigerte Reizbarkeit und Labilität der Stimmung zum Ausdruck kommt.

Das gehobene Selbstgefühl, welches den Kranken erfüllt, in Verbindung mit gesteigertem Bewegungsdrange äussert sich in einer rastlosen Geschäftigkeit, in der Neigung, Einkäufe zu machen, neue Projekte zu entwerfen, grosse Geschäfte, auch solche, die die Vermögenslage vielleicht weit überschreiten, einzugehen, unnütze Reisen zu unternehmen, Liebesverhältnisse anzubändeln, lärmende Geselligkeit aufzusuchen, Excesse aller Art zu begehen u. s. w.

Mit all diesen Dingen ist natürlich leicht die Gelegenheit zu Conflikten, eventuell mit leichten Gewaltthätigkeiten gegeben, in welche der Anfangs vielleicht liebenswürdige, anscheinend geistreich unterhaltende Kranke durch seine explosible Reizbarkeit und Neigung zu raschem Stimmungswechsel fast ausnahmslos hineingetrieben wird.

Selbst in diesem Stadium werden die Betreffenden häufig nicht für psychisch krank, wohl aber öfters für angetrunken gehalten. Es liegt dies zum Teil daran, dass bei den leichteren Formen der periodischen Manie die Besonnenheit lange Zeit oder dauernd erhalten bleiben kann, und dass die Kranken mit einer zunächst oft überraschenden Dialektik ihre Excesse oder ungereimten, auffälligen Handlungen zu motivieren und zu beschönigen vermögen. Bei näherer Prüfung erweist sich aber der Anschein einer reellen Steigerung der intellektuellen Leistungsfähigkeit als trügerisch; die Kranken können in der Unterhaltung nicht bei der Stange bleiben, sie springen ab auf nebensächliche Dinge oder auf gleichzeitige äussere Wahrnehmungen; momentane Einfälle lenken das Gespräch, und ihre „Witze" beschränken sich in der Regel auf das Herausfinden äusserlicher Beziehungen, Klangähnlichkeit, Beobachtung kleiner Schwächen bei ihrer Umgebung u. dgl. Bei etwas höheren Graden der Störung pflegen die Kranken nun auch im äusseren Habitus aufzufallen; beim weiblichen Geschlecht tritt gesteigerte sexuelle Begehrlichkeit hervor in der Neigung, sich auffallend zu kleiden oder zu frisieren, Annäherung körperlicher Natur an Männer zu suchen; bei anderen genügt die Besonnenheit nicht, dem Impulse zu auffälligen, eventuell verbotenen Handlungen zu widerstehen. Ein Teil der Fälle von sogenannter „Kleptomanie" (die als solche nicht existiert), Fälle, die eine fast ständige Rubrik in der Tagespresse bilden, gehört in das Gebiet der periodischen Manie (oder zur maniakalischen Phase des circulären Irreseins).

Während des Bestehens dieser psychischen Erscheinungen finden sich auch konstant körperliche Begleiterscheinungen; der Schlaf ist regelmässig stark vermindert; die Nahrungsaufnahme leidet Not, weniger durch Mangel an Appetit, als dadurch, dass die Kranken keine Ruhe, keine Zeit zum Essen haben; das Körpergewicht pflegt herabzugehen.

Nach einiger Zeit, nach Wochen, höchstens Monaten, klingt die Erregung allmählich ab; es tritt erst wohl ein

gewisses Krankheitsgefühl, dann auch Krankheitseinsicht auf, die in Verbindung mit Resten der vorausgehenden gehobenen Stimmung und zeitweise kommender Weinerlichkeit dem Rekonvalescenzstadium ein eigentümliches psychisches Gepräge verleihen kann.

Auch in diesen leichten Fällen pflegt nach Ablauf der Erregung grosse allgemeine Abgeschlagenheit, psychische Ermüdbarkeit und Reizbarkeit zurückzubleiben; sonst aber können die ersten leichten Anfälle die psychische Persönlichkeit ohne wesentliche Beeinträchtigung lassen. Ein besonderes Gepräge bekommen diese leichten Formen der periodischen Manie, wenn sie sich, wie dies nicht so selten der Fall ist, bei von vornherein schwachsinnigen jugendlichen Individuen entwickelt, durch das läppische alberne Benehmen und einen gewissen elementaren Charakter des motorischen gesteigerten Dranges. —

Von den leichteren Formen der periodischen Manie führen in einfacher Steigerung der hier nur mässig ausgebildeten Symptome Übergänge zu den schweren und schwersten Verlaufsarten, die unter ideenflüchtiger Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung sich auf viele Monate, ja Jahre erstrecken können und in einem gewissen Bruchteil der Fälle den Ausgang in Verblödung oder Tod nehmen. Es sind das dann immer Fälle, die sich, wenn überhaupt, in langen Zwischenräumen wiederholen, und niemals in häuslicher Behandlung verlaufen können.

Manchmal findet sich das Verhältnis, dass mit wachsender Wiederholungsziffer die einzelnen Anfälle an Schwere zunehmen, während die Dauer des freien Intervalles abnimmt.

Im ganzen ist die reine periodische Manie in ihren leichten Formen keine sehr häufige Erkrankung, jedenfalls viel seltener als die circulären Formen, auch wohl seltener als die reinen leichten periodischen Depressionszustände. — Die Diagnose, die auch beim ersten Anfalle immer die Möglichkeit des Bestehens einer circulären Psychose im Auge behalten muss, stützt sich für die Periodicität

auf den im ganzen milden Charakter der Erscheinungen, das Erhaltenbleiben der Besonnenheit und den relativ raschen, anscheinend günstigen Ablauf der Störung. —

Die reine periodische Melancholie beginnt in der Mehrzahl der Fälle erst auf der Lebenshöhe, bei Frauen eventuell erst gegen das Climacterium; in einem geringeren Bruchteil fällt das Auftreten auf ein früheres Lebensalter.

Die direkte nervöse erbliche Belastung scheint bei dieser Form nicht die Bedeutung zu haben, wie z. B. bei den circulären Formen.

Manchmal finden wir für den einzelnen Anfall ein anscheinend auslösendes Moment in der Anamnese wie z. B. Übergang in neue Verhältnisse an fremdem Ort, Trauer um Angehörige, bei Männern geschäftliches Unglück, Missgeschick im Beruf u. dgl.; meist aber besteht eine solche Beziehung nicht, deren Charakter als wirkliche Ursache der Erkrankung überhaupt doch zweifelhaft bleibt.

Von den verschieden gearteten klinischen Bildern von Depressionszuständen, die als Melancholie bezeichnet werden (Melancholia simplex, agitata, stupida) finden wir bei der periodischen Form fast nur die Melancholia simplex und zwar mit dem weiteren Attribute: levis.

Der Beginn der Störung pflegt ein allmählicher zu sein. Körperliches Missbehagen, sinkender Appetit, unruhiger Schlaf ohne Erquickung, Gefühl von Kopfdruck u. dgl. können von vorneherein die sich langsam entwickelnde deprimierte Stimmungslage begleiten, oder ihr zeitlich vorausgehen.

Bei den leichtesten Graden der Erkrankung finden wir ohne weitere Erscheinungen nur diese deprimierte Stimmungslage, eine motivlose Mutlosigkeit und Traurigkeit die sich manchmal regelmässig zu bestimmten Jahreszeiten (Herbst oder Frühjahr mit Vorliebe) einstellt. Die Kranken

selbst wissen sich keine Rechenschaft darüber zu geben, warum sie zeitweise von trüber Laune, vager Ahnung irgend eines unbekannten kommenden Unheiles gedrückt werden. warum sie plötzlich der Freude an diesen und jenen Dingen nicht mehr fähig sind, oder sie suchen irrtümlicherweise den Grund ihrer Verstimmung in äusseren Vorkommnissen von vielleicht ganz unbedeutendem Charakter.

Diese leichte Depression genügt aber in der Regel, um auf das Thun der davon Betroffenen Einfluss zu gewinnen; die Kranken ziehen sich von der Geselligkeit zurück, lassen ihre Privatkorrespondenz und sonstige Aufgaben, die nicht unbedingt erledigt werden müssen, liegen, bleiben aber doch fähig, wenn es notwendig ist, mit anderen Leuten zu verkehren, ohne aufzufallen und den Anforderungen ihres Berufes einigermassen nachzukommen. Die Veränderung des Wesens fällt dabei überhaupt nur denjenigen auf, die den Betreffenden schon vorher genau gekannt haben. Manchmal gesellen sich wohl Anwandlungen von ängstlichem Oppressionsgefühl dazu, aber ein eigentlicher Angstaffekt entwickelt sich bei dieser Form ebensowenig, wie eine wahnhaft gefälschte Auffassung der äusseren Verhältnisse.

Der Verlauf pflegt ein ziemlich kurzer zu sein; nach einigen Wochen bis Monaten tritt allmählich der Ausgleich wieder ein, uud der Kranke erkennt, dass in der vorausgehenden Zeit seine Stimmung eine krankhaft beeinflusste gewesen ist, eine Einsicht, die bei jedem neuem Anfalle verloren gehen kann.

Im günstigsten Falle bleibt es nun überhaupt bei dieser leichten periodisch kommenden und gehenden Depression; andere Male verlaufen die Anfälle das erste Mal oder die ersten Male in der geschilderten milden Weise, um bei späteren Wiederholungen successive schwerer zu werden; oder es kann schliesslich diese leichte Depression das Einleitungsstadium einer gewöhnlichen Melancholia simplex levis darstellen.

In diesem Fall wächst die Depression an Intensität, der Kranke verliert vollkommen die Freude an seiner Be-

schäftigung, an seiner Familie, an gewohnten Liebhabereien; seine Sorgen, auch altgewohnte drücken ihn mehr als sonst, seine Aussichten erscheinen ihm düsterer, sein körperlicher Zustand bedenklich; es besteht auch wohl die Furcht „den Verstand zu verlieren“, die genährt wird durch die an sich ganz richtige Beobachtung, dass der Ablauf der psychischen Vorgänge eine Hemmung erfahren hat.

Diese Hemmung kommt nicht immer schon bei einer kurzen Unterhaltung objektiv zu Tage; aber der Kranke bemerkt schmerzlich, dass seine sonst spielend bewältigten Aufgaben ihm schwer und schwerer fallen. Beim Briefschreiben reisst der Faden ab; das Besinnen auf Namen, Daten, Zahlen macht ihm ersichtliche Mühe; kleine dienstliche Berichte u. dgl. scheinen ihm ein unübersteiglicher Berg, bis er endlich von den anfänglichen Versuchen, die Hemmung zu überwinden, resigniert Abstand nimmt und seine Dinge liegen lässt. Auch im äusseren Verhalten des Kranken, in Gang, Sprache, Mimik kommt diese psychische Hemmung zum Ausbruch. Zur Bildung eigentlicher Wahnideen, — Versündigungsideen, fest formulierten ängstlichen Befürchtungen — kommt es bei dieser immerhin noch leichten Form der Melancholie in der Regel nicht; die krankhaft fälschende Färbung, welche die Stimmungsanomalie allen Vorstellungen verleiht, die sich auf das Ich beziehen, wirkt natürlich auch rückwärts auf die Vergangenheit, vorwärts auf die Zukunft; allein die Kranken bleiben meist kritisch genug, um der Ausbildung echter Wahnideen zu widerstehen.

Am ehesten noch sind es bei diesen leichteren periodischen Fällen die Stunden der Einsamkeit in schlafloser Nacht (— schon bei gewöhnlichen „Nervösen“ die Zeit, in welcher der „Standpunkt“ am leichtesten verloren geht —) in denen Selbstvorwürfe und Sorgen, ohne die Correktur durch Tageslicht und Umgebung, festere Gestalt annehmen.

Das gleiche gilt für das Auftreten von Angstempfindungen mit praecordialer Lokalisation, die aber bei den periodischen Fällen selten diejenigen hohen Grade

erreichen, wie bei der agitierten Melancholie („Angst-Melancholie“).

Gerade dieser Umstand bewirkt, dass bei der Mehrzahl der Fälle von leichter periodischer Melancholie die Besonnenheit erhalten bleibt, und auch die Gefahr des Selbstmordes nicht ganz so gross ist, wie sonst bei Melancholischen. Immerhin bleibt die alte, viel zu wenig beachtete Regel, principiell keinem Melancholiker in Bezug auf Suicid-Absichten über den Weg zu trauen, auch für die periodische Melancholie in voller Geltung. —

Nur in den leichtesten Fällen giebt die Erinnerung an frühere Anfälle dem Kranken bei erneutem Auftreten die Stütze der Krankheitseinsicht; in der Regel wird die Bezugnahme auf den damaligen glatten Verlauf und die im Intervall gewonnene Einsicht in die Krankhaftigkeit der Stimmung abgelehnt mit der Begründung, dass es eben diesesmal doch ganz anders sei.

Körperliche Veränderungen, namentlich Abnahme des Gewichtes, älteres Aussehen pflegen auch die leichteren Anfälle zu begleiten; ebenso ist Obstipation ein fast regelmässiges Begleitsymptom.

Abgesehen von den allerleichtesten Fällen, in denen die depressiven Verstimmungen häufiger, vielleicht alle Jahre wiederkehren, dauern die freien Zwischenzeiten zwischen je zwei Anfällen meist mehrere Jahre, sodass, bei dem häufig späten Beginn der periodischen Melancholie, sich eventuell überhaupt nur eine beschränkte Anzahl von einzelnen Anfällen entwickelt. —

Die Mehrzahl von Fällen dieser leichten Verlaufsart kommt niemals in Anstaltsbehandlung; ein grosser Teil derselben geht unter der Diagnose der Neurasthenie und der Hysterie; es ist zuzugeben, dass die Abgrenzung gegen diese beiden Neurosen im gegebenen Falle Schwierigkeiten machen kann.

Die Diagnose einer periodischen Melancholie ist, ebenso wie die Annahme einer funktionellen Depression

überhaupt, speziell bei männlichen Individuen des mittleren Lebensalters erst dann gestattet, wenn eine genaue Untersuchung das Bestehen einer progressiven Paralyse mit thunlichster Sicherheit ausschliessen lässt; die hierbei in Betracht kommenden differentialdiagnostischen Gesichtspunkte habe ich an anderer Stelle (Heft I dieser Sammlung) ausführlich besprochen. —

Auch in wiederholtem Auftreten begegnen wir nun manchmal sehr viel schwereren Formen der Melancholie, die sich aber nicht unterscheiden von den nicht periodischen Fällen, und deshalb hier keiner eingehenden Darstellung bedürfen; es ist bei diesen Fällen sehr zweifelhaft, ob die Thatsache, dass 2 oder 3 mal eine schwere Melancholie sich entwickelt hat, genügt, um der Störung den Charakter der Periodicität zuzusprechen. —

Die dritte Hauptverlaufsart der periodischen Geistesstörung, nach Häufigkeit und praktischer Bedeutung die wichtigste, ist das sogenannte „circuläre Irresein".

Dasselbe hat seit den ersten Veröffentlichungen darüber vor circa 50 Jahren durch den frappierenden oft plötzlichen Wechsel zwischen den anscheinend ganz entgegengesetzten psychischen Zuständen der Melancholie und Manie und durch die Intensität der gleichzeitigen raschen Schwankungen körperlicher Funktionen immer das grösste Interesse erweckt, und auch zur Aufstellung zahlreicher hypothetischer Erklärungsversuche verführt, die hier umsomehr ausser Betracht bleiben können, als keiner derselben durch Thatsachen irgendwie sicher gestützt erscheint.

Das vorliegende klinisch beschreibende Material ist, abgesehen von der progressiven Paralyse, vielleicht bei keiner anderen Form der Geistesstörung in so grossem

Umfange vorhanden, wie bei dieser, ohne dass jedoch, ausser über die principiellen Punkte der Definition, Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Beschreibern herrschte.

Bei der ausserordentlich grossen Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten des circulären Irreseins sieht eben der Einzelne, je nach seinem Krankenmateriale, immer nur einen Ausschnitt aus dem grossen Gebiete, und so fällt die Schilderung des Verlaufes sehr verschieden aus, je nachdem Kranke in Irrenanstalten, Kliniken, oder solche in freier Behandlung in Betracht kommen. Die nachstehende Darstellung will vor Allem die in der Regel nicht der Anstaltsbehandlung zufallenden Formen berücksichtigen, die bei dem circulären Irresein einen noch grösseren Bruchteil der Fälle ausmachen, als bei der periodischen Manie und der periodischen Melancholie. —

Bei einem nicht kleinen Teile dieser in den Familien ablaufenden Fällen wird nun das Wesen der psychischen Eigentümlichkeit überhaupt nicht erkannt; die leichteren Fälle gelten vielfach nicht einmal bei ihrer nächsten Umgebung für „krank". —

Die mildesten Grade der Störung schliessen sich ohne jede scharfe Grenze an die in der Einleitung erwähnten Zustände konstitutioneller Labilität bei Hereditariern an.

Es findet sich dann von Jugend auf, oder beginnend in der Pubertätszeit hauptsächlich ein wechselndes Verhalten der Stimmung und der Art der psychomotorischen Äusserungsweise. Zeiten heiterer Lebensauffassung mit Selbstvertrauen, Unternehmungslust, geselligen Neigungen und Empfänglichkeit für alle Freuden dieser Welt wechseln ab mit Perioden von leicht gedrücktem, unsicherem, ängstlichem Wesen, Zurückgezogenheit, Neigung zur Grillenfängerei mit hypochondrischer Färbung.

Bei den auch sonst in Gewohnheiten, Passionen, Lebensauffassung häufig eigentümlichen Trägern dieser Form kann ohne Weiterentwickelung und selbst ohne tiefer

greifende Schädigung der psychischen Persönlichkeit das ganze Leben hindurch dieser Cyklus wechselnder Phasen sich wiederholen; auch bei diesen leichtesten Graden findet sich die wiederkehrende Ähnlichkeit der einander entsprechenden Zustandsbilder, ebenso wie ein begleitender Wechsel in Aussehen, Haltung u. s. w. unverkennbar zu sein pflegt.

Für abnorm pflegt dabei im besten Falle die Phase der deprimierten Stimmungslage zu gelten, in der wohl gelegentlich einmal aus Anlass hypochondrischer Anwandlungen ein Arzt um Rat gefragt wird. Eine eventuell eingeschlagene Therapie, Badereise, Luftwechsel u. dergl. schafft scheinbar Wandel, sobald von selbst die andere Phase einsetzt.

Ein „freies Intervall“ pflegt diese Form nicht zu haben; die Individuen sind immer entweder „über dem Strich“ oder „unter dem Strich“. —

In einfacher quantitativer Steigerung dieses Symptomenkomplexes treffen wir dann diejenigen circulären Krankheitsbilder, für die in Frankreich neuerdings die ganz überflüssige neue Bezeichnung „circuläre Form der Neurasthenie“ vorgeschlagen worden ist.

Unter allmählicher stärkerer Accentuierung der bei den eben genannten Persönlichkeiten vorhandenen wechselnden Phasen entwickeln sich Zustände, die wenigstens in der Depression in der Regel Anlass werden, ärztlichen Rat aufzusuchen.

Der Kranke wird entschlusslos, unsicher, fühlt ein ungewohntes Bedürfnis der Anlehnung an stärkere Charaktere; die Welt und ihre Interessen langweilen ihn; sein vergangenes Leben scheint ihm verfehlt; auch sonstige Selbstvorwürfe stellen sich ein; der Schlaf leidet Not, der Appetit sinkt; Empfindlichkeit gegen Licht, Lärm, fremde Gesichter veranlasst völlige Zurückgezogenheit, in der der Kranke unthätig, ohne Interessen, ausser für seine eigenen Stimmungen und körperlichen Missempfindungen, eine Plage seiner Familie, dahinlebt. Nach Wochen oder

Monaten ändert sich, oft plötzlich, über Nacht, das Bild.

Der Kranke fühlt sich „genesen“, leistungsfähig; die Hemmung der Gedanken ist geschwunden; mit Macht stürzt er sich auf die liegen gebliebene Arbeit, die ihm nun spielend von der Hand geht und oft auch in glücklicher Weise gefördert wird; die Zufriedenheit mit dem Lauf der Dinge und mit sich selbst kehrt wieder, ja oft mehr als das, eine an Grössenideen streifende übergünstige Auffassung der eigenen Leistungen, die der Anlass wird, dass auch anderer Leute Angelegenheiten, wie solche der Gemeinde, des Vereins, der Nachbaren mit Feuereifer in die Hand genommen werden. Ermüdung wird weder in der Arbeit noch in den gern gesuchten, ausgiebig genossenen Vergnügungen verspürt, der Schlaf ist kurz, aber oft besser, als in der anderen Phase; das Aussehen hat sich gehoben, Appetit und Verdauung sind wieder in Ordnung gekommen.

Dieser Zustand dauert eine Weile, bis dann endlich — nach der Ansicht des Kranken und seiner Umgebung in Folge von „Überarbeitung“ — das schöne Feuer erlischt, und die ganze Scenerie sich mit dem Übergang in die depressive Phase total verändert.

Auch diese Form, die allmählich doch eine Abschwächung der geistigen Fähigkeiten und eine gewisse gemütliche Abstumpfung herbeizuführen pflegt, besteht in der Regel das ganze Leben. Auch sie hat, wie die Mehrzahl der Formen circulärer Geistesstörung das Schicksal, dass der Typus der Wiederkehr immer verwaschener, die Dauer der Einzelperioden immer unregelmässiger wird, bis schliesslich die sekundären psychischen Veränderungen mehr in den Vordergrund treten.

Die in den wechselnden Zuständen dieser letzten Form noch mehr andeutungsweise vorhandenen melancholischen und maniakalischen Züge erfahren nun in weiteren Fällen eine solche Ausbildung, dass von einem Wechsel zwischen wirklicher Melancholie und Manie gesprochen werden muss; es sind dies die Fälle, die man im

allgemeinen bei der Bezeichnung „circuläres Irresein“ zunächst im Auge hat. Die leichteren davon verlaufen ohne Anstaltsbehandlung, die schwersten können von Anfang an und dauernd ein Verbleiben in häuslichen Verhältnissen unmöglich erscheinen lassen.

In der Mehrzahl der Fälle haben die wechselnden Phasen bei dieser Form des circulären Irreseins die Neigung zu mildem Verlaufe des einzelnen Anfalles, bei erhaltener Besonnenheit, ohne Bildung von Wahnideen und ohne Entwickelung eines stärkeren Angstaffektes bei der Melancholie, ohne eigentliche Ideenflucht und ohne tobsüchtige Erregung bei der Manie. Wir finden also da diejenigen Zustandsbilder wieder, die wir bei den leichteren Formen der periodischen Manie und den leichteren periodischen Depressionszuständen kennen gelernt haben, die deswegen hier keiner erneuten Darstellung im Einzelnen bedürfen. —

Wahrscheinlich wird die wachsende Erfahrung lehren, dass die häufig wiederkehrenden, leichten, kurzen Anfälle nur von Exaltation oder nur von Depression zum eigentlichen circulären Irresein in engeren Beziehungen stehen, als zu den periodischen Formen, bei denen seltene aber schwere und lange Zustände nur von Manie oder nur von Melancholie auftreten. Die grosse Mannigfaltigkeit der Verlaufsarten der circulären Typen lässt schon jetzt die Abgrenzung vielfach als eine halb willkürliche erscheinen. —

In der überwiegenden Zahl von circulären Fällen beginnt die Störung im Pubertätsalter im weiteren Sinne mit einer depressiven Phase; dann schliesst sich entweder ein relativ freies Intervall an, dem die exaltierte Periode folgt, oder die ursprüngliche Depression geht sofort in die maniakalische Erregung über. Darin bleiben im ganzen Verlaufe bei den einzelnen Fällen Verschiedenheiten bestehen, dass das Intervall fehlen, von kürzerer oder längerer Dauer sein kann, dass die Phasen wirklich alternieren, oder dass erst nach mehrmaliger Wiederholung des einen Zu-

standsbildes das andere einsetzt — kurz es ist nicht möglich, darin irgendwie allgemein giltige Angaben zu machen. —

Für die Auffassung der ganzen Störung erscheint die Beobachtung von einer gewissen Bedeutung, dass gar nicht selten z. B. mitten in einer langdauernden melancholischen Depression für einen Tag die der heiteren Erregung angehörende Stimmung durchbricht, um ebenso rasch wieder zu verschwinden. — Bei langem Bestehen der circulären Störung pflegen diese unregelmässig auftauchenden Zwischenzeiten sich häufiger in den regelmässigen Typus einzuschieben. Überhaupt zeigen auch die aus wirklicher „Manie“ und „Melancholie“ sich zusammensetzenden Cirkelformen die Tendenz zu späterem Verwischen des Typus, auch in den Einzelsymptomen. —

Anfangs allerdings pflegen die einzelnen individuellen Züge der maniakalischen Erregung und der melancholischen Depression sich in späteren gleich gefärbten Zustandsbildern so genau zu wiederholen, dass man oft eine bis in das Einzelne gehende Prognose in Bezug auf die voraussichtliche Gestaltung des Verlaufes geben kann. Ebenso geben kleine unscheinbare Prodromalsymptome, die vom ersten Anfall her bekannt sind, wie etwa die Neigung sich besonders zu kleiden, absonderliche Haartracht, u. dergl. einen Fingerzeig auf das drohende Herannahen eines sonst noch nicht kenntlichen Anfalles. —

Das körperliche Befinden macht die psychischen Schwankungen in besonders prägnanter Weise mit; der Turgor der Gewebe, der Glanz der Augen wechselt, Falten im Gesichte kommen und gehen wieder, die Haltung wird schlaff und wieder elastisch, scheinbare Altersdifferenzen um 10, 12 Jahre finden sich im Aussehen zwischen der einen und der anderen Phase auch bei leichteren Formen, und vor Allem finden wir auch bei ihnen in kurzer Zeit oft beträchtliche Schwankungen des Körpergewichtes. —

Mit den bisher geschilderten Verlaufsarten des circulären Irreseins sind nun die Verlaufsmöglichkeiten noch nicht erschöpft; es finden sich zunächst unter den Fällen, die sich aus Melancholie, Manie, Melancholie u. s. w. zusammensetzen solche, bei denen namentlich die depressive Phase nicht den milden Charakter, sondern alle Kennzeichen einer schweren Melancholie mit lebhaften Versündigungsideen und starkem Angstaffekt aufweist; diese Fälle sind wegen ihrer beträchtlichen Suicid-Gefahr besonders unangenehm und bedürfen unter allen Umständen der Verpflegung in einer geschlossenen Anstalt.

Eine weitere Verlaufsabart, die ebenfalls ein Verbleiben in häuslichen Verhältnissen in der Regel unmöglich macht, ist dadurch gekennzeichnet, dass die eine oder die andere Phase durch andersgeartete psychische Zustandsbilder ersetzt wird, unter denen besonders die stuporöse Verwirrtheit mit zahlreichen Sinnestäuschungen zu nennen ist.

Auf diese schweren Formen hier genauer einzugehen, würde uns zu weit führen. —

Eine besondere Erwähnung verlangen die sogenannten „Intervallsymptome", nicht nur für die circulären Formen, sondern bei dem periodischen Irresein überhaupt.

Bei vielen Fällen von periodischer Melancholie und periodischer Manie existieren gar keine eigentlichen Intervallsymptome; es ist dies auch gar nicht zu erwarten in den theoretisch zu den periodischen Geistesstörungen gerechneten Fällen, in denen vielleicht in der Pubertät und an der Schwelle des Greisenalters je ein Anfall auftritt, Fälle, in denen also der grösste Teil des Lebens „Intervall" ist.

Wir finden hier höchstens diejenigen nervösen oder psychischen Eigentümlichkeiten, die als Ausdruck einer etwa vorhandenen hereditären nervösen Belastung gedeutet werden müssen, die also dem „periodischen“ Irresein coordiniert, nicht von ihm abhängig sind. In anderen Fällen mit häufig wiederkehrenden Zuständen psychischer Erkrankung sind die Intervalle Anfangs frei von psychisch abnormen Erscheinungen; allmählich aber bleiben doch einzelne Anomalien, Reizbarkeit, dauernde Labilität, Sinken der Intelligenz, Abstumpfung der ästhetischen und ethischen Gefühle zurück, Erscheinungen, die auch nach mehrfachem Überstehen einer nicht periodischen Geistesstörung auftreten können.

Bei den circulären Formen ist nun das Intervall, wenn es überhaupt existiert, in der Regel von vornherein nicht frei, und wir finden da teils die allgemeinen nervösen Anomalien der Hereditarier, teils die ebengenannten sekundären psychischen Veränderungen in besonders deutlicher Ausbildung.

Es kommt darin zum Ausdruck, dass das circuläre Irresein als die schwerste der periodischen Geistesstörungen, in der sich am meisten der hereditär degenerative Charakter derselben ausspricht, angesehen werden muss. —

Folgende allgemeine diagnostische und prognostische Sätze, von denen zuzugeben ist, dass sie etwas bestimmter und einfacher gefasst sind, als den komplizierten wirklichen Verhältnissen entspricht, lassen sich den vorausgehenden Ausführungen anfügen:

Bei jeder zum erstenmal auftretenden melancholischen Depression oder maniakalischen Erregung ist im Princip die Möglichkeit gegeben, dass es sich um eine periodische Erkrankung handelt; diese Möglichkeit ist namentlich dann

im Auge zu behalten, wenn starke erbliche nervöse Beeinflussung der Persönlichkeit nachweisbar ist.

Rascher Beginn der Störung, mässige Höhe der Symptome, relativ milder Verlauf, rasche anscheinende Heilung sprechen für periodischen Charakter.

Das Auftreten einer wenn auch unbedeutenden, sich bald wieder ausgleichenden melancholischen Verstimmung als erstmalige psychische Erkrankung im jugendlichen Lebensalter ist in dem Sinne besonders verdächtig, dass es sich um die erste Phase eines circulären Irreseins handeln kann. Leichte rasch heilende Manie im jugendlichen Alter als erstmalige psychische Erkrankung gehört in der Mehrzahl der Fälle nicht zum circulären Irresein, sondern lässt eventuell spätere weitere maniakalische Zustände erwarten.

Erstmaliges Erkranken an leichter, rasch ablaufender melancholischer Depression auf der Lebenshöhe oder, bei Frauen, in der Nähe des Climakteriums stellt keine circuläre Psychose in Aussicht, sondern macht spätere einfache Wiederholungen der melancholischen Phase wahrscheinlich.

Erstmaliges Auftreten von wechselnden Phasen von heiterer Erregung und deprimierter Stimmung im IV. und V. Dezennium ist, namentlich bei Männern, ein Symptom, welches den Verdacht auf beginnende progressive Paralyse erwecken muss; die Entscheidung liegt in dem Ergebnis der körperlichen Untersuchung und dem Nachweis eventuell rasch sinkender Intelligenz; das gleiche gilt für die bei Männern in dem genannten Lebensalter auftretenden erstmaligen leichten einfachen Depressionszustände. —

In prognostischer Beziehung gilt es, daran festzuhalten, dass die periodischen Geistesstörungen entsprechend ihrem Charakter als Äusserungen einer konstitutionell abnormen Veranlagung, bei günstigen Aussichten für den Ausgang des einzelnen Anfalles, für den Gesamtver-

lauf im Prinzip als unheilbar anzusehen sind. Im einzelnen gegebenen Fall kann sich indessen bei den leichteren Formen, unter dem Einfluss günstiger äusserer Verhältnisse und zweckmässiger Behandlung der Verlauf so milde gestalten, dass das Individuum als brauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft erhalten bleibt.

Die Gefahr der Entwickelung von sekundären psychischen Schwächezuständen ist bei den periodischen Geistesstörungen keine übermässig grosse; die intellektuelle Leistungsfähigkeit der periodisch Kranken kann, bei vorwiegend leichten Anfällen, trotz häufiger Wiederkehr derselben bis an das Lebensende im wesentlichen ungestört bleiben; dagegen entwickeln sich häufig allmähliche Charakteränderungen in pejus, namentlich in circulären Fällen.

Auf die voraussichtliche Lebensdauer haben die leichteren Formen periodischer Geistesstörungen kaum einen Einfluss. —

Die Behandlung hat bei den periodischen Geistesstörungen verschiedenen Indikationen zu genügen.

Der nachher zu erörternde geringe Einfluss, den im ganzen unsere therapeutischen Bemühungen bei ausgebildeten Fällen zu haben pflegen, lässt die Prophylaxe und zwar eine möglichst frühe Prophylaxe als die Hauptaufgabe der ärztlichen Thätigkeit erscheinen.

Dieselbe hat schon für die noch ungeborene Generation zu beginnen mit dem Bemühen, die Eheschliessung seitens nervöser, hysterischer, epileptischer u. s. w. Persönlichkeiten, namentlich dann, wenn beide Teil abnorm sind, möglichst zu verhindern. Das Wissen, dass diese Bemühungen grade in der Heiratsfrage selten Erfolg haben werden, entbindet den wirklichen „Hausarzt“ nicht von der Verpflichtung, den

beteiligten Eltern über die eventuellen Konsequenzen für die Nachkommenschaft aus der projektierten Vereinigung reinen Wein einzuschenken.

Die ärztliche Prophylaxe im Kindesalter, die natürlich, da in diesem Lebensabschnitt periodische spätere Störungen in der Regel nicht vorausgesagt werden können, eine allgemein auf Verhütung von geistigen und nervösen Störungen überhaupt gerichtete sein muss, findet ihre kaum zu beseitigende Hauptschwierigkeit darin, dass nervöse Eltern bei ihrem eigenen Mangel an Stetigkeit und Selbstbeherrschung einen erzieherisch wenig günstigen Einfluss auf ihre Kinder zu haben pflegen; der Grund davon liegt nicht nur in dem schlechten Beispiel, welches sie geben, sondern vor allem darin, dass die erzieherischen Massnahmen nicht von consequent durchgeführten Gesichtspunkten, sondern von den wechselnden Stimmungen der Eltern geleitet zu werden pflegen. Für Kinder aus solchen, nervös belasteten Familien besteht neben der Notwendigkeit einer besonders sorgfältigen körperlichen Pflege und Abhärtung namentlich die Indication einer genauen Überwachung der geistigen und gemütlichen Entwickelung.

Für jene ist die Gefahr der Übermüdung und Erschöpfung durch absolut oder relativ zu hohe Ansprüche in der Schule oder durch zersplitternde Nebendinge im Auge zu behalten, für diese ist namentlich der Reaktionsform der Kinder auf angenehme oder unangenehme Erlebnisse besondere Aufmerksamkeit zu schenken, die sehr früh schon bei den einzelnen Individuen principielle und eventuell das ganze Leben hindurch dauernde Eigentümlichkeiten von prognostischer Bedeutung zeigen kann.

Wenn wir auch natürlich eine hierin zum Ausdruck kommende krankhafte Veranlagung im Kerne nicht umändern können, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass es möglich ist, nicht ohne Erfolg eine Art von psychischer Gymnastik zu üben.

Schrankenloses Gewähren jeden Wunsches, ausgiebige Rücksichtnahme auf die Ausdrücke des kindlichen Missvergnügens über nicht erfüllte Erwartungen oder Hoffnungen, liebevoller Kultus unmotivierter Schmollstimmmungen — alle diese landläufigen Erziehungsfehler grade der besseren und der sogenannten „besten“ Kreise erhalten den werdenden psychischen Organismus schwach an dem Punkte, an dem auch im späteren Leben die Bewahrung des gemütlichen Gleichgewichtes hängt, nämlich an der elastischen Widerstandsfähigkeit gegen widrige innere oder äussere Erlebnisse. Diese Widerstandsfähigkeit so weit als möglich zu entwickeln, ist eine erzieherische Aufgabe, die durch Konsequenz, Ruhe, und gleichmässige Festigkeit ohne übermässige Strenge wohl zu erreichen ist.

Im gleichen Sinne wirkt eine Reihe von zunächst körperlichen Proceduren, wie namentlich kaltes Baden im Sommer, regelmässige morgendliche kühle Abreibungen, vernünftige Sportübung u. dgl. Massnahmen, die auch zur Verhütung der Onanie bei Knaben ihre Bedeutung haben.

Für diese kann es, bei ungünstigem elterlichen Einflusse, von Vorteil sein, die Gymnasialzeit nicht zu Hause, sondern in der gleichmässigen Ordnung eines Alumnates mit seiner ausgiebig geübten gegenseitigen Korrectur durch die Altersgenossen verlaufen zu lassen; leider aber haben geschlossene Erziehungsanstalten grade bei nervös disponierten Individuen ihre Bedenken in sexueller Hinsicht.

Für Mädchen aus nervösen Familien macht der Eintritt in die Pubertätszeit und der Beginn der Menstruation selbst besondere Vorsichtsmaassregeln nötig, mit deren Vernachlässigung viel gesündigt wird, auch von ärztlicher Seite. Theoretisch wird freilich anerkannt, dass nervöse Mädchen zur Zeit der Menses sich ruhig verhalten, womöglich 1—2 Tage im Bett bleiben sollen; in Wirklichkeit aber pflegt die gute Absicht, wo sie vorhanden ist, durch eine bevorstehende Vergnügung, Ball, Ausflug u. dgl. oft genug durchbrochen zu werden. Ein Teil der nervösen

vagen Beschwerden der heranwachsenden weiblichen Jugend würde schwinden mit einer strengeren Regelung der Lebensweise zur Zeit der Menses. —

Ganz bestimmte Indicationen — und damit kommen wir auf die eigentliche Behandlung — erwachsen in diesem Punkte, wenn bei einem Mädchen sich Anzeichen wirklich periodischer psychischer Anomalien vom Menstrualtypus geltend machen.

In diesem Falle ist es ein unbedingtes Erfordernis, dass während der Zeit vom Auftreten der ersten Molimina praemenstrualia bis mehrere Tage nach Ablauf der Blutung das Bett gehütet wird.

Man kann sehen, dass Mädchen, die im höchsten Grade missmutig, übellaunig, reizbar sind, wenn während der Menses die täglichen Anforderungen an sie weiter gehen, im Bett die ganzen Tage in guter psychischer Verfassung durchmachen.

Die oben erwähnten menstruellen periodischen Erregungszustände erfordern neben der Bettruhe und der durch eventuell vorhandene Schmerzen indicierten heissfeuchten Einpackung des Unterleibes eine medicamentöse Behandlung; empfehlenswert ist die Verabreichung von Bromsalzen in Dosen von 4—5 Gramm pro die, allein oder combiniert mit Opium (2—3 mal täglich 0,02—0,04 je nach Alter und Konstitution); bei gleichzeitig bestehenden stärkeren dysmenorhoischen Beschwerden ist es zweckmässig, das Opium in Form von Suppositorien einzuführen. —

Steht einmal die Diagnose der periodischen Geistesstörung in einer der oben geschilderten Formen fest, so bedarf das ganze Verhalten der davon Betroffenen der Regelung von dem Gesichtspunkte aus, dass die Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft herabzusetzen sind; Excesse in Arbeit wie im Genuss, namentlich im Alkoholkonsum, sind in gleicher Weise ein-

zuschränken; erstrebenswert ist, soweit die Verhältnisse dies gestatten, eine gleichmässige, eventuell pedantisch geregelte Lebensführung, wie sie einsichtige Kranke, die ihre Neigung zur Periodicität kennen, im Bewusstsein der Nützlichkeit jenes Heilfaktors, sich manchmal selber zum Gesetze machen. Kann man auch nicht erwarten, die schweren Formen der periodischen Geistesstörungen damit niederzuhalten, so ist doch für die leichteren Verlaufsarten zu hoffen, dass die einzelnen Anfälle seltener wiederkehren, in milderem Charakter verlaufen werden.

Im Einzelanfall selbst tritt an den Arzt zunächst die Hauptfrage heran: häusliche Behandlung, oder Verbringung in eine Anstalt?

Eine principielle Vorschrift lässt sich nun grade bei den periodischen Geistesstörungen noch weniger geben, als bei anderen psychischen Anomalien, da es es nicht nur, wie sonst auch, auf die besonderen häuslichen Verhältnisse des einzelnen Falles, sondern vor allem auf den sehr verschiedenen Intensitätsgrad und den Typus der Störung ankommt. Es lassen sich daher hier nur die allgemeinen Gesichtspunkte geben.

Die Verbringung in eine geschlossene Anstalt (nicht offene Kuranstalt, Sanatorium u. dgl.) für die Dauer der Einzelphase ist zunächst unter allen Umständen dann indiciert, wenn die krankhaften Erscheinungen derart sind, dass ihre Konsequenzen die persönliche oder sociale Existenz des Individuums zu schädigen geeignet sind, wenn also z. B. in einem melancholischen Stadium die Gefahr des Selbstmordes, in einem Zustand maniakalischer Erregung die Gefahr der Geldverschleuderung, der Kompromittierung, der strafrechtlichen Konflikte gegeben ist.

Im Interesse der Kranken ist die Verbringung in eine Anstalt auch dann notwendig, sobald dort, wie dies die Regel sein wird, den Erfordernissen der eigentlichen Pflege in Bezug auf Ernährung, Bäder, Bettbehandlung u. s. w. besser genügt werden kann, als in den häuslichen Verhältnissen. Dagegen lässt sich nicht behaupten, dass nun alle

leichteren Fälle von periodischer Geistesstörung unbedingt der Pflege in einer Irrenanstalt bedürften. —

Es lässt sich, nach dem oben über die klinischen Zustandsbilder Gesagten, bei späteren Wiederholungen in der Regel voraussehen, in welcher Weise der einzelne Anfall verlaufen wird, so dass man eventuell schon früh, beim Beginn der bekannten Prodromalerscheinungen, seine Dispositionen treffen kann. Es kann nützlich sein, wenn auch Anstaltsbehandlung nicht notwendig erscheint, mit dem Kranken einen Wechsel des Aufenthaltsortes vorzunehmen. Es gilt dies für diejenigen ganz leichten maniakalischen Erregungszustände der circulären Form, die ohne starken Bewegungsdrang, ohne stärkere körperliche Begleiterscheinungen verlaufen, und bei welchen die Anomalie der Stimmung das hervorstechendste Krankheitssymptom ist. Hier kommt es darauf an, den Kranken der Reibung mit seiner täglichen Umgebung, den Anforderungen und der Kontrolle der Gesellschaft zu entziehen und ihn unter ruhige, einfache, übersichtliche Verhältnisse zu versetzen. Landaufenthalt, kleine Luftkurorte ohne Table d'hôte, ohne Geselligkeit, die für Mädchen mit abnormer Stimmungslage wegen der Gelegenheit zum Anbahnen von Liebeleien, für männliche Kranke wegen der Verführung zu Trinkexcessen bedenklich ist, kommen am meisten in Betracht. Voraussetzung ist natürlich Begleitung durch eine zuverlässige Persönlichkeit, die über den Kranken eine gewisse Autorität besitzt und gegebenen Falls die Verbringung in eine Anstalt in die Wege zu leiten berufen ist.

Bei sonstiger häuslicher Behandlung der leichteren maniakalischen Zustände sind allgemeine Maassnahmen notwendig: körperliche und geistige Ruhe mit soweit wie möglich durchgeführter Bettbehandlung, lauwarme langdauernde Vollbäder, gute Ernährung; von medicamentösen Mitteln ist nach neueren Erfahrungen ein Versuch mit hohen Bromsalz-Dosen (bis 12 Gr. pro die), sowie die schon länger angewendete Opiumtherapie neben eventuell nötig werdenden Schlafmitteln zu empfehlen.

Ein möglichst früher Beginn der Behandlung ist notwendig. Die ersten von dem Kranken selbst, wie dies nicht so selten der Fall ist, gemeldeten oder von der Umgebung bemerkten prodromalen Zeichen geben die Indication zum Beginn der Therapie, die unter dieser Voraussetzung des frühzeitigen Einsetzens im besten Falle den drohenden Anfall abschneiden, in jedem Falle aber mehr erreichen wird, als wenn die Anfangszeit, wie das häufig geschieht, mit Kaltwasserkuren u. dgl. hingebracht wird. —

Für die melancholische Phase[1]) ist von Heilversuchen in Kurorten u. dgl. durchaus abzuraten.

Es ist eine von Laien begreiflicherweise festgehaltene Meinung, von der, was weniger verständlich, auch viele Ärzte noch beherrscht werden, dass man einer melancholischen Verstimmung durch Zerstreuungen, Reisen, Aufenthalt in amüsanten Luxusbädern u. s. w. beikommen könne; der gewünschte Erfolg bleibt bei wirklicher Melancholie immer aus.

Ein melancholischer Kranker, gleichviel ob seine Depression der Form der einfachen Wiederholung der melancholischen Phase oder der circulären Verlaufsart angehört, bedarf der Ruhe und Schonung der Kräfte, die er am besten bei dauerndem Aufenthalt im Bette findet. Es gilt dies auch für einfache melancholische Verstimmungen ohne Wahnideen und ohne stärkeren Angstaffekt, wenigstens im Beginn der Erkrankung.

Die Bettbehandlung erleichtert ausserdem die bei jeder anscheinend noch so leichten melancholischen Depression notwendige Beaufsichtigung in Bezug auf Selbstmordneigung, deren Vorhandensein bei Melancholie immer a priori angenommen werden muss, deren Gefahr erfahrungsgemäss von Angehörigen und Ärzten beinah immer unterschätzt wird. Es ist vorhin erwähnt, dass die ersten irgendwie bedenklicheren Anzeichen in dieser Hinsicht die Verbringung in eine Anstalt durchaus notwendig erscheinen lassen.

1) Vgl. Ziehen, diese Sammlung Heft 2 und 3.

Auch bei der Behandlung der leichteren Formen der melancholischen Depression sind langdauernde lauwarme Bäder am Platze, die bei manchen Kranken auch direkt schlaferzeugend wirken, aber keineswegs immer Schlafmittel entbehrlich machen.

Von Medicamenten kommen wiederum Bromsalze und Opium am meisten in Betracht; bei letzterem kommt es darauf an, nachdem erst einmal die persönliche Reaktion des Individuums auf Opiate festgestellt ist, nicht zu zaghaft in der Dosierung vorzugehen. Ein schätzenswertes Medicament zur Bekämpfung ängstlicher Spannungen besitzen wir in Alkohol. —

Alles in Allem gilt für die Behandlung aller Formen der periodischen Geistesstörung, wie dies bei dem konstitutionellen Charakter derselben nicht wunderbar ist, dass bei irgendwie schwereren Graden der Erkrankung unsere Therapie wenig Einfluss auf den Gesamtverlauf auszuüben vermag. Sie ist zum Teil eine rein symptomatische und hat im Übrigen vor Allem die Aufgabe, den Kranken in socialer Hinsicht durch rechtzeitiges Eingreifen vor Schädigung zu bewahren. —

Es schliesst sich daher hier naturgemäss eine kurze Würdigung der bei den periodischen Geistesstörungen in Betracht kommenden rechtlichen Verhältnisse an.

In forensischer Hinsicht können die leichteren Fälle von periodischer Geistesstörung grosse Schwierigkeiten bieten, nicht etwa in dem Sinne, dass sie, bei genügenden Kenntnissen und entsprechender Sorgfalt, der ärztlichen Beurteilung an sich besonders unzugänglich wären, sondern insofern, als es bei der eventuell vorhandenen anscheinenden Geringfügigkeit der Symptome Schwierigkeiten haben kann, dem Richter die Überzeugung

von dem Bestehen einer Geistesstörung überhaupt zu verschaffen.

Die Aufgaben des ärztlichen Gutachters sind hier natürlich verschieden, je nachdem strafrechtliche oder civilrechtliche Fragen vorliegen.

Vor dem strafrechtlichen Forum, wo also ein zu bestimmtem Zeitpunkte begangenes Delict zur Discussion steht, handelt es sich bei den periodischen Psychosen zunächst um die Beantwortung der Frage, ob das Vergehen zeitlich in eine Periode psychischer Abnormität fiel, oder nicht.

Bei der meist wenig gestörten Intelligenz der Kranken wird dann der Hauptnachdruck darauf zu legen sein, dass das vorhandene krankhafte Verhalten der Stimmung in einem oder anderem Sinne, oder Impulse, die abnorm leicht zur That wurden (Manie), oder etwaige Wahnideen (Melancholie) das Handeln beeinflusst haben. Der Hinweis auf frühere ähnliche Episoden im Leben des Individuums und auf die periodische Gesetzmässigkeit der Erscheinungen wird dem Richter das Verständnis erleichtern.

Im ganzen treten die Schwierigkeiten der strafrechtlichen Beurteilung zurück gegenüber denen bei der civilrechtlichen Frage nach der Entmündigung periodisch Geisteskranker.

Am einfachsten noch liegt die Sache bei den circulären Fällen mit ganz kurzem oder fehlendem Intervalle; sobald hier die Störung erst einmal den Grad erreicht hat, dass der Kranke der Wahrnehmung seiner eigenen Interessen nicht mehr gewachsen ist, erreicht er auch voraussichtlich die Fähigkeit zu rechtsgiltigen Handlungen nicht wieder, und die dauernde Entmündigung ist an ihrem Platze. Anders ist es bei den circulären Fällen mit langem Intervall und bei den einfachen periodischen Manien und Melancholien, die ohne wesentliche intervalläre psychische Veränderungen verlaufen.

Die Kranken oscillieren hierbei im Laufe der Jahre hin und her zwischen Zuständen vollkommener oder rela-

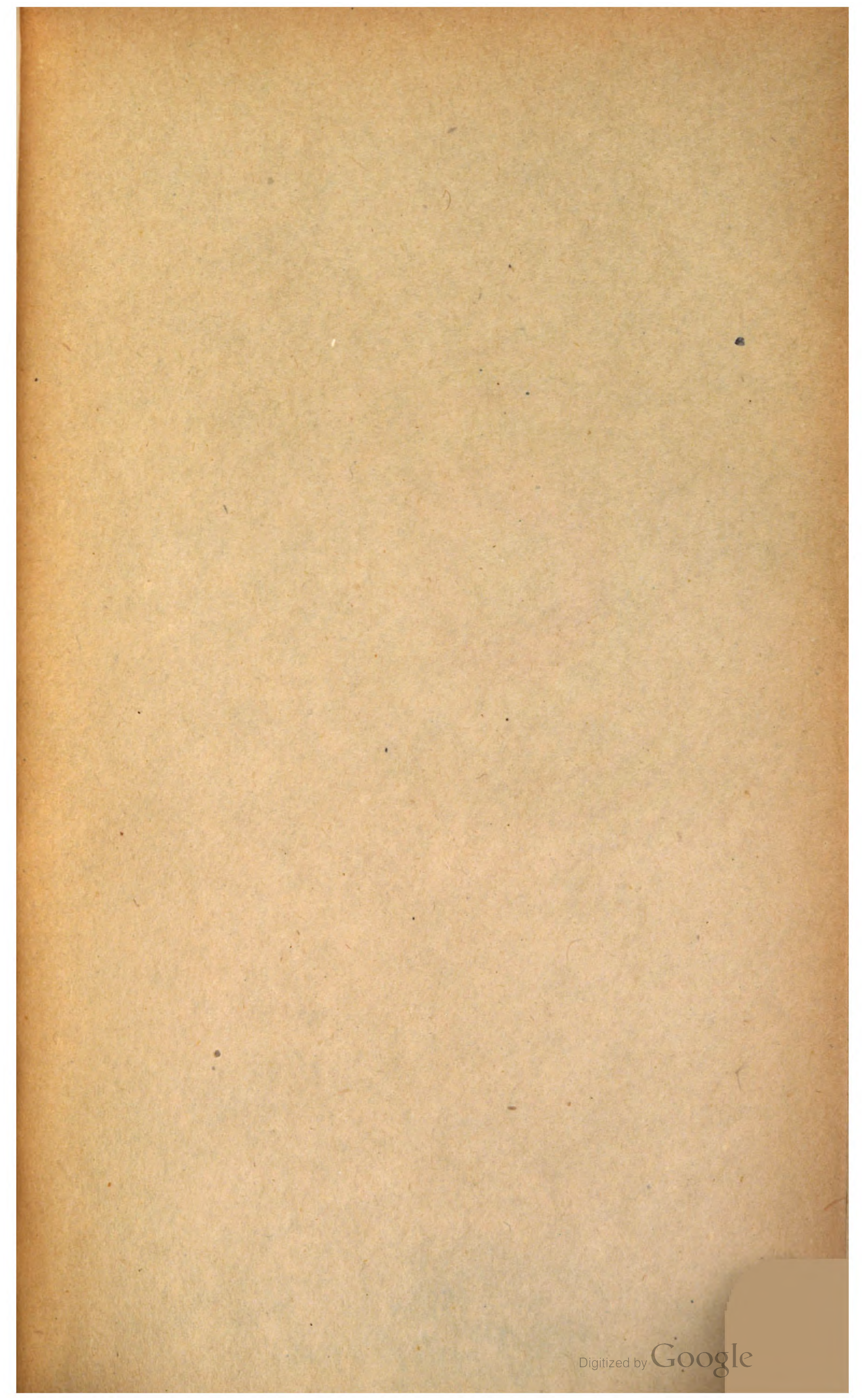
tiver Dispositionsfähigkeit, und solchen, die eine freie Verfügung in rechtlicher Hinsicht unmöglich erscheinen lassen.

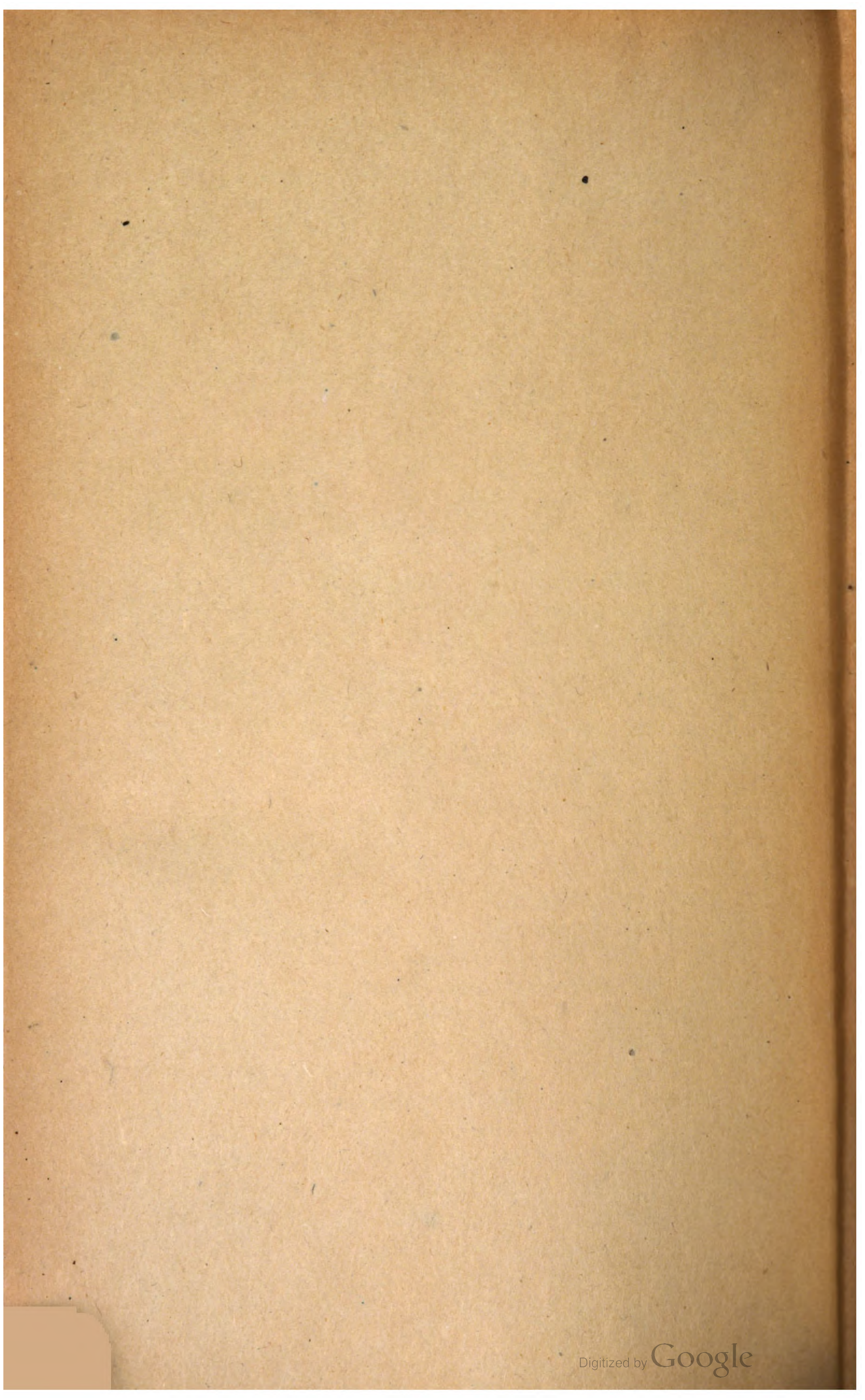
Eine dauernde Entmündigung wäre für die freien Zeiten nicht berechtigt, würde auch mit Erfolg von den Betroffenen angefochten werden. In der That bleibt in derartigen Fällen nichts Anderes übrig, als in wiederholtem Verfahren die Konsequenzen des jedesmaligen Zustandes der Dispositionsfähigkeit zu ziehen. Viele Fälle von periodischer leichtester maniakalischer Erregung oder melancholischer leichter Verstimmung verlaufen übrigens, ohne dass eine Entmündigung für die verhältnismässig besonnenen und ruhigen Kranken überhaupt in Betracht kommt. —

Tritt bei langem Bestehen der periodischen Störung, wie dies auch bei leichteren Formen zutreffen kann, im Intervall allmählich eine Minderung der intellektuellen Fähigkeiten, eine Abstumpfung der Gefühle, eine Herabsetzung der Willensthätigkeit hervor, so hängt es von dem Grade dieser psychischen Schwäche ab, ob und wieweit das betreffende Individuum für dispositionsfähig zu erachten ist.

Im ganzen ist grade bei den leichteren Fällen von periodischer Geistesstörung dem ärztlichen Sachverständigen die grösste Vorsicht und Sorgfalt in der Prüfung und Beurteilung der Sachlage, auch in seinem eigenen Interesse, anzuraten; ein Teil der Persönlichkeiten, die wegen angeblich grundloser Entmündigung in der Presse Lärm schlagen, oder schlagen lassen, sind periodisch geisteskranke Individuen, denen es natürlich im Intervalle leicht möglich ist, bei Laien und bei psychiatrisch unkundigen Juristen die Meinung zu erwecken, dass sie überhaupt niemals der Entmündigung bedürftig gewesen seien.

Hofbuchdruckerei C. A. Kaemmerer, Halle a. S.






COUNTWAY LIBRARY
HC 4DIZ D




Digitized by Google

